

DESCUBRIENDO
LA PSICOLOGÍA 2



DESCUBRIENDO LA PSICOLOGÍA 2

Manuel Calviño
(coordinador)



EDICIÓN
Y CORRECCIÓN
**María de los Ángeles
Navarro González**

DISEÑO
Y REALIZACIÓN
**Alexis Manuel Rodríguez
Diezcabezas de Armada**

SOBRE
LA PRESENTE EDICIÓN
© **Manuel Calviño, 2019**
© **Editorial Academia, 2019**

ISBN
978-959-270-407-7

ÍNDICE

7

A modo de presentación

MANUEL CALVIÑO

DESCUBRIENDO LA PSICOLOGÍA 2

13

¿Qué tiene que ver la psicología
con las matemáticas?

NÉSTOR DEL PRADO ARZA

29

Psicología, religión
y religiosidad

REINERIO ARCE

36

¿Qué es la enfermedad mental?
¿Qué es la salud mental?

MIGUEL A. ROCA

55

Cuestiones de psicoterapia y psicoterapia
infantil. Preguntas y respuestas básicas

AURORA GARCÍA

68

Factores psicosociales
y enfermedades crónicas

JORGE A. GRAU ABALO

91

Psicología para los cuidados
del cuidador

RAQUEL PÉREZ DÍAZ

103

La psicología y las personas
con necesidades especiales

OMAR TORRES RODRÍGUEZ

118

Psicología e hipnosis. Preguntas y respuestas
a un "psicohipnólogo" experimentado

ALBERTO COBIÁN MENA

127

Psicología y género: una mirada diferente
a la misma realidad

NORMA VASALLO BARRUETA

135

Pensando la sexualidad
desde el campo de la psicología

BEATRIZ TORRES RODRÍGUEZ

151

Freud en La Habana. Apuntes sobre
la sexualidad del cubano de los 80

MANUEL CALVIÑO

160

Conocer y cultivar
la autoestima

PATRICIA ARÉS MUZIO

EDITORIAL ACADEMIA

Calle 20 no. 4110, e/ 41 y 47, Miramar, Playa, La Habana, Cuba

TELÉFONOS: (53) 7214 4195 y (53) 7202 7920, ext. 129

CORREO ELECTRÓNICO: geditora@ceniai.inf.cu / editorialacademia@gecyt.cu

PÁGINA WEB: www.gecyt.cu

La Editorial Academia, adscripta a la Empresa de Gestión del Conocimiento y la Tecnología (GECYT), agradecerá a sus lectores, las opiniones sobre sus publicaciones.

173

Psicología para conocer y controlar el estrés

DIONISIO F. ZALDÍVAR PÉREZ

188

¿Y las situaciones de gran estrés?

ALEXIS LORENZO RUIZ

212

La psicología y su relación con la efectividad de las organizaciones laborales

**ADALBERTO ÁVILA VIDAL
ARIANNE MEDINA MACÍAS**

232

Liderazgo, procesos directivos y efectividad de grupos y organizaciones

JULIO CÉSAR CASALES

243

¿Cómo se relaciona la psicología con la práctica deportiva?

FRANCISCO ENRIQUE GARCÍA UCHA

261

Subir "la escalinata"
Psicología y elección profesional

ANNIA ALMEYDA VÁZQUEZ

270

¿Quiénes somos, qué nos distingue, qué imagen queremos construir?

Psicología y conocimiento de las identidades
CAROLINA DE LA TORRE MOLINA

286

Retos del hacer y pensar la psicología en y con Cuba hoy

MANUEL CALVIÑO

297

Bibliografía

315

Sobre las y los autores

A manera de presentación

Manuel Calviño

En una hermosa canción de Raúl Seixas, cantada con una sensibilidad especial por María Bethania, se escucha una hermosa frase: *Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade*. Muchos dicen que fue dicha por vez primera por el alma fundante de The Beatles, *John Lennon: A dream you dream alone is only a dream. A dream you dream together is reality*. En cualquier caso, en portugués, en inglés, o en español, la sentencia es reveladora: *Un sueño que se sueña solo, es solo un sueño que se sueña solo. Pero un sueño que se sueña juntos, es realidad*.

Este libro que ponemos en sus manos, *Descubriendo la Psicología*, segunda entrega, es un sueño que se ha soñado juntos: Gecyt, con su editorial Academia; el ICRT, con su Universidad para todos; la Universidad de La Habana, con su vocación extensionista; y, por supuesto, un importante grupo de psicólogas y psicólogos (bueno, y también un matemático) cubanos, convencidos de que el conocimiento es un bien construido de manera colectiva, y que debe ser igualmente compartido y multiplicado. Parafraseando la sentencia anterior: "Un saber que no rebasa los límites de la Academia, es un saber que no rebasa los límites de la Academia. Pero un saber compartido, es un saber útil, enriquecedor, generador de crecimiento humano".

En su primer volumen *Descubriendo la Psicología* impactó desde su presentación en el Pabellón Cuba: más de 1000 ejemplares fueron adquiridos por el protagonista fundamental: las y los lectores que lo hacen suyo, con un afán indescriptible de aprender, de hacer de la Psicología un instrumento de crecimiento y mejoramiento personal, una aliada en la construcción del bienestar y la felicidad. Llegó también a las aulas universitarias, como texto introductorio para quienes inician su formación como futuros profesionales de la Psicología. Psicología "con todos y para el bien de todos".

Ya, en aquel momento, estaba dando vueltas la idea de un segundo volumen. Más de 52 tele clases de Psicología habían salido al aire en el espacio de Universidad para Todos de la Televisión cubana, bajo el título de "Hacer y Pensar la Psicología" (I y II). Material de calidad había suficiente. Como casi siempre, lo difícil es elegir, seleccionar. Y es así que llegamos al volumen 2 que les estoy presentando.

Continuidad y ampliación. Así definiría este volumen en relación con su predecesor. En el primer tomo, hicimos énfasis en aspectos históricos, conceptos y procesos básicos, y temas de interés general, que conocemos preocupan a la población.

Ahora el lector encontrará temas generales, básicos, que ponen a la Psicología en relación con otros campos del saber —Psicología y religión, Psicología

y matemáticas—, y también con aproximaciones a asuntos contemporáneos transdisciplinarios, como los enfoques de género. No falta la Psicología clínica, la mirada a los asuntos de la sexualidad humana, la autoestima. Y siempre con algún momento de que el lector forme parte del libro, no solo leerlo, sino también interactuar con él.

Descubrir la Psicología, pasa inexorablemente por desarticular miradas prejuiciosas o desconocedoras sobre temas como la hipnosis, la salud mental, y tener la posibilidad de construir representaciones más científicas. Que no solo quiere decir más vinculadas a la producción sistemática, coherente y fundamentada empírica y experiencialmente de conocimientos, sino también al reconocimiento de científicidades distintas, parámetros o indicadores más contemporáneos de lo que es o no científico. Y esto es solo posible cuando los conocimientos dialogan y no se parapetan en construcciones de poder, hegemónicas y elitistas.

En esta entrega, prima el enfoque en asuntos del ejercicio profesional de la psicología en diferentes ámbitos de actuación. La presencia de la psicología en los espacios laborales, las formas productivas de dirección de los procesos organizacionales, el tema fundamental de la salud, las enfermedades crónicas, y cerca de ellas el sensible tema del cuidado de cuidadores. Luego de abordar el recurrente tema del estrés, por su presencia cotidiana, la mirada va más allá, y pone a la psicología en el estudio y el establecimiento de recomendaciones para el afrontamiento de los desastres, situaciones de emergencias, precisamente situaciones de gran estrés.

Seguro que será de gran interés el acercamiento de la psicología al tema de la construcción de las identidades, de nuestra identidad como cubanos y cubanas. Pensarnos, pensar Cuba, pensar los destinos posibles de la psicología hecha desde Cuba, con Cuba, y para cubanas y cubanos.

Advierto que ahora el lenguaje se hace un poco más específicamente profesional. Ya estamos en el “segundo ciclo”, ya vencimos las bases. Por tanto, hay que avanzar en la apropiación de un lenguaje más propio de la disciplina, obvio que sin perder la comunicabilidad con los lectores. Las especialidades suponen lenguajes propios, formas de decir, conceptualizaciones y definiciones que tienen su máxima claridad en el uso de ciertas palabras y no otras. En algunos de los escritos esto se hace muy evidente, y es una prueba que hay que vencer.

Pero no digo mucho más de lo que ustedes mismos van a descubrir. Leer será la mejor manera de hacerlo. Y no hay descubrimiento sin búsqueda, observación, pensamiento, emoción, máximo si se trata, como en este libro, de descubrir, al menos una parte, del inmenso mundo de la Psicología.

Unas palabras de agradecimiento que no quiero dejar pasar.

Un libro, y créanme que experiencia no me falta, es como una emergencia evolutiva multicausal. Son muchos los factores que intervienen desde su concepción, hasta la realización de su sentido existencial. Son muchas las personas y las instituciones que asumen su maternidad/paternidad.

Aun cuando en el momento que escribo esta presentación, no sé en qué imprenta será la producción final (quizás incluso, en más de una, como nos sucedió con el primer volumen), llegue mi agradecimiento a los trabajadores de esta/s imprenta/s. Quien conoce de cerca todo lo que significa imprimir un libro, y obtener un resultado muy digno, sabe de la unión de voluntades, el esfuerzo, la consagración que esto supone. Sobre todo, cuando las condiciones

no son las mejores. Pero la calidad del primer volumen, el conocer a los trabajadores de las imprentas, me llena de certezas. Este, será otra hazaña más.

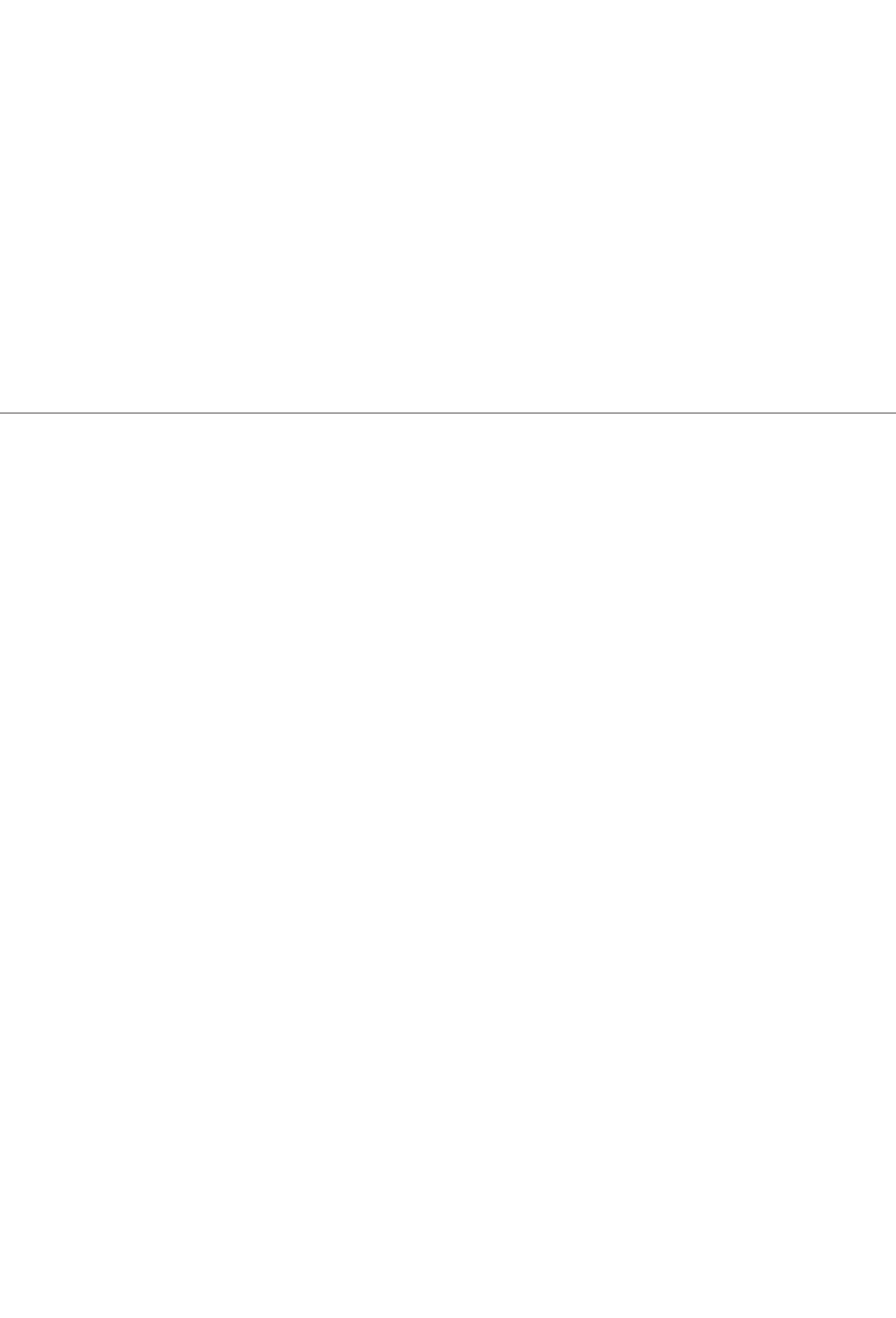
Mi gratitud sentipensante, y la de mis compañeras y compañeros de texto, a María de los Ángeles Navarro González por su trabajo de edición y corrección. Lograr compaginar los modos de decir propios de los profesionales de la psicología —personalmente le llamo “psicoléxico”—, los no poco frecuentes neologismos que emergen del hacer foco en la comunicación, con las exigencias en ocasiones abigarradas y caprichosas, de la “norma culta”, es, ha sido, y seguramente será, una tarea titánica no solo técnica, sino también negociadora. Y María de los Ángeles lo ha hecho muy satisfactoria y de manera creativa. Los lectores podrán comprender la adecuación de mis palabras.

Lo mismo digo para mi cómplice, en lo que a diseño de cubierta, interior e ilustraciones se refiere, *10K* (este es el *password* por el que responde, y su *login* es según su carnet de identidad, Alexis Manuel Rodríguez Diezcabezas de Armada). Ya desde el primer volumen su trabajo fue excelente. Ahora repite: garantizó una visualidad del libro que expresa lo que el libro pretende ser, una visualidad que ayuda e invita, que da pistas y pautas. Un trabajo muy profesional.

Agradezco el empeño y las diligencias de mi compañero siempre, Néstor del Prado, no solo como autor, sino como gestor editorial del libro. Puso a prueba su acertijo matemático conmigo, antes de dármele para su publicación, y terminó convencido de que “vale la pena”.

Sobre los autores podría repetir las palabras que escribí para prologar el primer volumen. Las personas (amigas y amigos de los que me siento orgulloso y privilegiado por su amistad), cuyos textos he integrado en este libro, son profesionales de muy alto nivel. Especialistas consagrados en sus áreas de trabajo, con profunda formación teórica, y amplia experiencia práctica en los temas contenidos en sus escritos. Ninguno titubeó en darme una respuesta afirmativa cuando los invité a participar en el programa de televisión, ni cuando les pedí escribir los textos para el libro. La vocación de compartir, dialogar, extender saberes es principio rector de sus prácticas profesionales. Mi agradecimiento, profundo y sentido, se verá multiplicado cuando sus textos lleguen a tantas y tantos lectores que también lo agradecerán.

Comienza el viaje. Súmense a este sueño colectivo en el que todas y todos enriqueceremos nuestra espiritualidad, y con ella enriquecemos el alma cubana. La psicología puede ayudarnos mucho a ser mejores personas, a tener un mejor país, a vivir con más plenitud, y convencernos de que hacerlo ivale la pena!





DESCUBRIENDO LA PSICOLOGÍA 2

¿Qué tiene que ver la psicología con las matemáticas?

Néstor del Prado Arza

En el primer volumen de *Descubriendo la Psicología*, mi amigo, el profesor Calviño, en su “Les presento a Psicología”, escribe:

Voy a presentarles a Psicología. Es mi compañera de vida hace más de cuarenta y cinco años. Fue amor a primera vista lo que nos unió, y hoy es amor total, pleno. Pero esto me ha costado (nos ha costado) cuatro decenios y medio. Conocer profundamente a una persona o a una disciplina científica es algo que requiere mucho tiempo y dedicación. Imagínense entonces lo difícil de mi tarea: hacerles la presentación de una ciencia en unas pocas líneas. De modo que, para no quedar mal ni con “mi compañera” ni con ustedes, me propongo asumir las reglas de cualquier presentación: lograr dar una buena imagen, una buena primera impresión; ser lo más claro posible; no entrar en detalles innecesarios; ser breve y dejar rutas de acceso para los que quieran conocer con mayor profundidad.

Ahora voy con el otro que nos convoca en este libro: “Les presento a Matemática”. Me toca a mí presentarle a Matemática. ¡Qué casualidad! MC iniciales de Manuel Calviño, contiene la M de Matemática; y NP, mis iniciales contiene la P de Psicología. Es un buen augurio.

Matemática no fue desde el principio mi compañera, ni mucho menos amor a primera vista. En la Primaria y hasta el primer año de Secundaria Básica, me costaba trabajo entenderla, ya que intentaba utilizar más la memoria que el razonamiento. Una maestra llamada Zenaida en segundo año, me enseñó a razonarla, me cambió el rechazo por curiosidad y luego por amor. En el Preuniversitario fui monitor, ganador de dos concursos nacionales de monitores de Matemática.

Ingresé en 1966 en la Escuela de Matemática de la Universidad de La Habana. Allí hubo un encontronazo serio. En la primera prueba escrita de Análisis Matemático, de los más de cien alumnos, menos de diez obtuvieron tres puntos y uno solo obtuvo cuatro, un alumno repitente: Raonel Mayarí. Pensé en cambiarme de carrera, tenía dos opciones en mente: Agronomía, para complacer a mi padre, destacado ingeniero agrónomo; o Psicología, por admiración a la Dra. Schidmit, psicóloga uruguaya que apoyaba desde su ciencia a nuestra escuela. Pues bien, fue ella precisamente la que me convenció de seguir con mi compañera Matemática, y también influyó el profesor Raimundo Reguera, con aquellas clases maravillosas de Geometría Analítica que nos impartía. Desde entonces Matemática fue y seguirá siendo mi compañera inseparable, en algunas etapas más cercana que en otras.

Matemática es de género femenino, es polisémica por sus muchas aristas e interpretaciones. Es una anciana por tantos años de vida, que siempre aporta sabiduría; es una señora porque tiene la combinación ideal de juventud y experiencia, es una joven porque tiene el ímpetu de los emprendedores; es una niña porque siempre se cuestiona todo lo que observa y piensa, utilizando ese par de palabras en forma de pregunta, tan potentes para aprender, ¿por qué? Nadie duda de la contundencia del ¿por qué? de una niña o un niño.

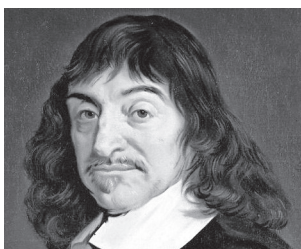
¿Cómo tratarla? Todo depende de lo que tengamos como problema a resolver. ¡Ah!, como casi siempre, todo se mezcla desde la niña hasta la anciana.

Matemática quiere decir desde su origen griego *μαθηματικά*, "cosas que se aprenden".

Al principio del principio se derivaban en cuatro partes: la aritmética, la música, la astronomía y la geometría. La aritmética para contar y calcular y la geometría para medir la tierra.

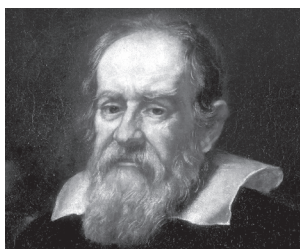
¿Es correcto designarla en plural o en singular? ¿La matemática o las matemáticas? Ambas maneras son aceptadas, aunque el plural es más usado.

Para hacer una presentación que honre a fundadores, compartiremos algunas definiciones dadas por grandes matemáticos.



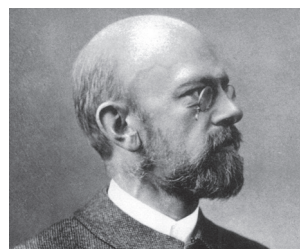
"La matemática es la ciencia del orden y la medida, de bellas cadenas de razonamientos, todos sencillos y fáciles".

RENÉ DESCARTES



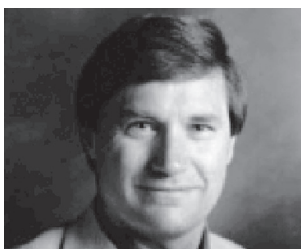
"Las matemáticas son el alfabeto con el cual Dios ha escrito el Universo".
"Las matemáticas son el lenguaje de la naturaleza".

GALILEO GALILEI



"En un cierto sentido, el análisis matemático es una sinfonía del infinito. La matemática es el sistema de las fórmulas demostrables".

DAVID HILBERT



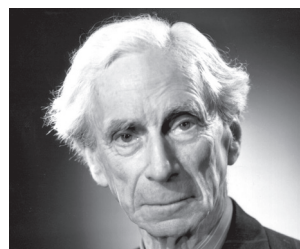
"La esencia de la matemática está en la relación entre cantidades y cualidades".

JOHN DAVID BARROW



"La matemática es el estudio de lo verdadero de las situaciones hipotéticas".

CHARLES S. PEIRCE



"Las matemáticas poseen no sólo la verdad, sino cierta belleza suprema. Una belleza fría y austera, como la de una escultura".

BERTRAND RUSSELL

Nadie duda de la necesidad de la matemática, sin ella no es posible ni la vida doméstica ni el desarrollo de otras ciencias naturales, técnicas o sociales.

La matemática no es ni la panacea que algunos presentan ni el demonio que otros advierten.

Las opiniones de los matemáticos sobre su carácter científico son muy variadas. Muchos matemáticos consideran que llamar a su campo ciencia es minimizar la importancia de su perfil estético, además, supone negar su historia dentro de las siete artes liberales. Otros consideran que hacer caso omiso de su conexión con las ciencias supone ignorar la evidente vinculación entre las matemáticas y sus aplicaciones en la ciencia y la ingeniería, que ha impulsado de manera considerable el desarrollo de las matemáticas. Otro asunto de debate, que guarda cierta relación con el anterior, es si la matemática fue creada (como el arte) o descubierta (como la ciencia). Este es uno de los muchos temas de incumbencia de la filosofía de las matemáticas.

Se discute si la matemática es producto del descubrimiento de la naturaleza o de la invención humana. Opino que es producto de ambas cosas como veremos a lo largo, ancho y alto de este artículo.

Los seguidores de Pitágoras pensaban que el número lo era todo; no solo como cálculo, sino por su conocimiento intrínseco y sus significados. Así generaron la aritmología (arte oculto de los números), la aritmosofía (conocimiento esotérico de los números) y la aritmomancia (adivinación por los números).

Los pitagóricos llamaron década o tetractys a los diez primeros números, y en consideración a sus propiedades cabalísticas y a sus virtudes mágicas, le adjudicaron a cada uno de ellos atributos especiales; algunos son mostrados en la tabla siguiente:

TABLA 1. EL NÚMERO Y SUS ATRIBUTOS

NO.	ATRIBUTOS
1	<i>Mónada</i> (unidad), generador de todo. Demiurgo. Símbolo de la razón suprema, paradigma del bien y la belleza. El punto sin dimensiones.
2	<i>Díada</i> (diversidad, opinión, contraposición, dualidad). Origen del bien y del mal. Causa de la generación y, por tanto, principio femenino y del perpetuo fluir de las cosas. Dos puntos determinan la línea con una dimensión.
3	<i>Tríada</i> (armonía = unidad + diversidad, $1 + 2 = 3$). Símbolo del tiempo o trinidad que encierra el pasado, el presente y el futuro. Principio masculino. Tres puntos determinan un plano con dos dimensiones.
4	Ley universal e inexorable. Símbolo de la justicia y la retribución ($4 = 2 + 2 = 2 \cdot 2$). Cuatro son las facultades del hombre (inteligencia, conocimiento, opinión y sensación). Cuatro son las virtudes (prudencia, fortaleza, templanza y justicia). Cuatro son las partes de la matemática (aritmética, música, astronomía y geometría). Primer número con naturaleza de sólido: cuatro puntos determinan un tetraedro con tres dimensiones.
5	Símbolo del matrimonio ($2 + 3 = 5$) y del pentagrama místico (estrella de cinco puntas) símbolo de identificación de los pitagóricos. Menor número cuyo cuadrado es suma de cuadrados ($5^2 = 3^2 + 2^2$). Simboliza los cinco sólidos regulares (tetraedro, octaedro, cubo, dodecaedro e icosaedro)
6	Símbolo de la procreación ($[2 + 3] + 1 = 6$). Área del triángulo divino (3, 4,5). Primer número perfecto (sus factores propios sumados producen 6).
7	Símbolo de la virginidad (porque no engendra ni es engendrado por ningún otro número de la década), de la voz (porque 7 son las notas musicales) y del arco iris o luz. Representación de las estrellas errantes (los cinco planetas que conocían, el Sol y la Luna) que dan nombre a los siete días de la semana. Siete fueron las maravillas del mundo y siete los sabios griegos.
8	Símbolo de la amistad y de la reflexión. Es el primer número cubo ($2^3 = 8$) y es símbolo de la plenitud por ser suma de dos cuadrados iguales ($8 = 2^2 + 2^2$)
9	Símbolo del amor y de la gestación (que dura 9 meses). Identificado con el dios del mar <i>Ókeanós</i> por limitar con el sagrado número diez.
10	<i>Tetractys</i> , símbolo de Dios y del universo, emblema supremo, suma de las dimensiones geométricas ($10 = 1 + 2 + 3 + 4$), fundamento de todo. Anagrama místico del juramento pitagórico. Quizás esto explica que en algunos idiomas diez y dios tienen similitud fonética, p.e. en catalán diez: <i>deu</i> y dios: <i>déu</i> .

Epistemología y controversia sobre la matemática como ciencia

El carácter epistemológico y científico de las matemáticas ha sido ampliamente discutido. Algunas definiciones clásicas restringen las matemáticas al razonamiento sobre cantidades, aunque solo una parte de las matemáticas actuales usan números, predominando el análisis lógico de construcciones abstractas no cuantitativas.

Se ha discutido el carácter científico de las matemáticas debido a que sus procedimientos y resultados poseen una firmeza e inevitabilidad inexistentes en otras disciplinas como pueden ser la física, la química o la biología. Así, los matemáticos pueden descubrir nuevos procedimientos para resolver integrales o teoremas, pero se muestran incapaces de descubrir un suceso que ponga en duda el Teorema de Pitágoras o cualquier otro, como sí sucede constantemente con las ciencias de la naturaleza.

Las opiniones de los matemáticos sobre su carácter científico son muy variadas. Muchos matemáticos consideran que llamar a su campo ciencia es minimizar la importancia de su perfil estético, además, supone negar su historia dentro de las siete artes liberales. Otros consideran que hacer caso omiso de su conexión con las ciencias presume ignorar la evidente vinculación entre las matemáticas y sus aplicaciones en la ciencia y la ingeniería, que ha impulsado de manera considerable el desarrollo de las matemáticas. Otro asunto de debate, que guarda cierta relación con el anterior, es si la matemática fue creada (como el arte) o descubierta (como la ciencia). Este es uno de los muchos temas de incumbencia de la filosofía de las matemáticas.

En la actualidad, todas las ciencias aportan problemas que son estudiados por matemáticos, al mismo tiempo que aparecen nuevos problemas dentro de las propias matemáticas. Por ejemplo, el físico Richard Feynman propuso la integral de caminos como fundamento de la mecánica cuántica, combinando el razonamiento matemático y el enfoque de la física, pero todavía no se ha logrado una definición plenamente satisfactoria en términos matemáticos.

Hay una importante distinción entre las matemáticas puras y las matemáticas aplicadas. La mayoría de los matemáticos que se dedican a la investigación se centran solo en una de estas áreas y, a veces, la elección se realiza cuando comienzan su licenciatura.

En general, uno de sus aspectos más valorados es la simplicidad. Hay belleza en una simple y contundente demostración, como la demostración de Euclides de la existencia de infinitos números primos, y en un elegante análisis numérico que acelera el cálculo, así como en la transformada rápida de Fourier.

La mayor parte de la notación matemática que se utiliza hoy en día no se inventó hasta el siglo XVIII. Antes de eso, las matemáticas eran escritas con palabras, un minucioso proceso que limitaba el avance matemático. En el siglo XVIII, Euler, fue responsable de muchas de las notaciones empleadas en la actualidad.

La notación moderna hace que las matemáticas sean mucho más fáciles para los profesionales, pero para los principiantes resulta complicada. La notación reduce las matemáticas al máximo, hace que algunos símbolos contengan una gran cantidad de información. Al igual que la notación musical, la notación matemática moderna tiene una sintaxis estricta y codifica la información que sería difícil de escribir de otra manera.

Carl Friedrich Gauss, apodado el “príncipe de los matemáticos”, se refería a la matemática como “la reina de las ciencias”.

Los premios matemáticos se mantienen generalmente separados de sus equivalentes en la ciencia. El más prestigioso premio dentro de las matemáticas es la Medalla Fields, fue instaurado en 1936 y se concede cada cuatro años. A menudo se le considera el equivalente del Premio Nobel para la ciencia. Otros premios son el Premio Wolf en matemática, creado en 1978, que reconoce los logros en vida de los matemáticos, y el Premio Abel, otro gran premio internacional, que se introdujo en 2003.

Una famosa lista de esos 23 problemas sin resolver, denominada los "Problemas de Hilbert", fue recopilada en 1900 por el matemático alemán David Hilbert. Esta lista ha alcanzado gran popularidad entre los matemáticos y, al menos, nueve de los problemas ya han sido resueltos. Una nueva lista de siete problemas fundamentales, titulada "Problemas del milenio", se publicó en 2000. La solución de cada uno de los problemas será recompensada con 1 millón de dólares.

Muchos métodos matemáticos han resultado efectivos en el estudio de problemas en física, química, biología, medicina, ciencias sociales, ingeniería, economía, finanzas, ecología, entre otras.

La estadística trata de las técnicas para recolectar, organizar, presentar, analizar un conjunto de datos numéricos y a partir de ellos y de un marco teórico, hacer las inferencias de lugar. Es una herramienta fundamental para la investigación científica y empírica en los campos de la economía, genética, informática, ingeniería, sociología, psicología, medicina, contabilidad, etcétera.

Se consagra en forma directa al gran problema universal de cómo tomar las decisiones inteligentes y acertadas en condiciones de incertidumbre. Sirve como fuente de instrucción para los niveles introductorios de estadística descriptiva y, por tanto, los conceptos manejados y las técnicas empleadas han sido presentadas de la forma más simple, claramente posibles.

Se da la discusión entre neurólogos y filósofos en cuanto a si la matemática es estrictamente una creación humana o si es inherente a la realidad misma, por lo que me suelo plantear el por qué no les preguntan a los propios matemáticos.

Por ejemplo, cuando a Albert Einstein le preguntaron:

"¿Cómo puede ser que las matemáticas, siendo después de todo un producto del pensamiento humano independiente de la experiencia, estén tan admirablemente adaptadas a los objetos de la realidad?".

Este respondió (sabiendo muy bien lo que decía):

"...cuando las leyes de la matemática se refieren a la realidad, no son exactas; cuando son exactas, no se refieren a la realidad".

Así quiso recordarnos que cada modelo, tiene un ámbito limitado. Cualquier fórmula, modelo, proceso, maqueta, etc., no sustituye ni constituye una realidad completa, se limita a las variables más relevantes al punto de vista particular que se está estudiando. Por lo que no debe confundir o equiparar un modelo con la realidad que emula.

Lógica matemática

La lógica aparece ya desarrollada, incluso en forma simbólica, en la filosofía de Aristóteles. Sin embargo, corresponde en realidad a la segunda mitad del siglo XIX, el reconocimiento de que las operaciones lógicas ordinarias pueden ser expresadas mediante operaciones algebraicas. Entonces se comenzó, asimismo, a sospechar que los números naturales, así como los demás objetos matemáticos, podrían ser definidos en términos puramente lógicos.

La motivación principal para muchos matemáticos de los siglos XIX y XX, en su dedicación al desarrollo de la lógica, fue el deseo de deshacerse de las paradojas que surgieron en la teoría de conjuntos creada por Cantor.

Durante muchos años se pensó que se podría construir un sistema en el que todo razonamiento matemático podría ser formalizado y su verdad controlada de esta forma, al menos en principio. Tal esperanza se derrumbó con la demostración de Gödel (1931) de que cualquier sistema que incluya la aritmética de los números naturales es incompleto, es decir, existen en él proposiciones que son verdaderas que no pueden ser demostradas dentro del sistema. El resultado de Gödel constituye uno de los puntos culminantes de la actividad del siglo XX en lógica matemática, y sus repercusiones en el pensamiento filosófico y en la teoría de los conocimientos actuales son verdaderamente profundas.

La lógica matemática tiene, además de esta vertiente abstracta y filosófica, otra eminentemente aplicada y concreta. Al tratar de reducir el razonamiento deductivo de una manipulación con símbolos, la lógica prepara el camino para la introducción del computador en la ciencia. Una teoría formalizada es una teoría, al menos en principio, manipulable en su totalidad por un computador. El trabajo de los lógicos y de los analistas de la computación tiene, por tanto, mucho en común. Los lógicos se preguntan si ciertos problemas pueden ser, en principio, reducibles a un algoritmo, o sea, a una serie de operaciones bien definidas con símbolos, y cómo. El analista de la computación se pregunta, si ciertos problemas pueden ser resueltos mediante algoritmos en un espacio de tiempo razonable mediante las máquinas existentes actualmente y cuál es el modo óptimo de hacerlo. Los progresos en el aspecto abstracto de la lógica pueden conducir a soluciones de los problemas de la ciencia de la computación, y viceversa.

Teoría de números

La teoría de números, la reina de las matemáticas, como Gauss la llamó, es tal vez la disciplina matemática más antigua y la que ha ejercido sobre los hombres de todas las épocas una fascinación más profunda. Está llena de problemas sin resolver, cuyos términos son perfectamente inteligibles para todos y que, sin embargo, han desafiado la sagacidad de los matemáticos más potentes durante siglos. He aquí unos cuantos ejemplos: ¿Es cierto que todo número par positivo es suma de dos números primos? Esta es la conjetura de Goldbach, formulada a comienzos del siglo XVIII. ¿Es cierto que, si n es mayor o igual que 3 no existen tres números enteros positivos x , y , z , tales que $x^n + y^n = z^n$? Este es el llamado teorema de Fermat, del que aún no se ha llegado a demostrar su verdad ni su falsedad. ¿Existen infinitas parejas de números primos gemelos, es decir, infinitas parejas de números impares consecutivos que son primos, como el 17 y el 19, el 71 y el 73...?

Análisis combinatorio

La cuestión fundamental del análisis combinatorio es la siguiente: ¿De cuántas maneras diferentes se puede realizar una determinada tarea? Por ejemplo: una secretaria tiene escritas diez cartas diferentes para diez personas diferentes. Ha escrito también en diez sobres las señas de estas personas. ¿De cuántas formas diferentes puede equivocarse al meter las cartas en los sobres? Tales problemas son a menudo fáciles de enunciar y difíciles de resolver, requiriéndose, en general, ni más ni menos que lo que Gauss llamó un contar inteligentemente.

Uno de los problemas abiertos durante más de siglo y cuarto es el de los cuatro colores. Está a medio camino entre la combinatoria y la topología. Se trata de colorear un mapa con el menor número posible de colores de tal modo que dos países adyacentes no tengan el mismo color. Es muy fácil ver que tres colores no bastan en general y se puede demostrar que cinco son suficientes para colorear adecuadamente cualquier mapa. ¿Se puede hacer con cuatro? El problema, resuelto afirmativamente en 1976 por Appel y Haken, con la ayuda esencial del computador, ha abierto, como veremos más adelante, profundas interrogantes sobre la naturaleza misma de la demostración matemática.

Álgebra

Las tres secciones clásicas de las matemáticas son el álgebra, el análisis y la geometría. El álgebra clásica tiene que ver con la solución de las ecuaciones familiares de primero, segundo, tercer grado, etcétera, y en este sentido, el álgebra tiene ya más de cuatro mil años de antigüedad. El florecimiento del álgebra moderna es cosa de los últimos cincuenta años, y estudia las estructuras algebraicas que vienen a ser sistemas de elementos con operaciones semejantes a las que se pueden realizar con los números enteros, racionales, reales, complejos. El estudio abstracto de tales estructuras representa una enorme economía de pensamiento, ya que aparecen repetidas muchas veces en muy diversas áreas de una forma natural. Los teoremas demostrados sobre la estructura abstracta son así inmediatamente aplicables.

Pasemos ahora a las relaciones entre la matemática y la psicología.

$$M = f(P)$$

Esta fórmula expresa cómo la psicología impacta en la matemática.

Entre los temas que se podrían abordar están los siguientes:

Aprendizaje de la Matemática

Memorístico y mecanicista (Psicología Conductista).

Se les presenta una información (estímulo) y son capaces de anteponer una respuesta aplicar los algoritmos de una manera carente de sentido, coartando la tendencia natural que tienen los niños de ver las cosas como una totalidad estructurada la percepción simplemente como la suma de los estímulos que llegan a los sentidos.

Los gestaltistas (Psicología de la Gestalt) afirman que la mente humana interpreta los estímulos que llegan a los sentidos de acuerdo con ciertos principios organizativos que le permiten al individuo algún tipo de comprensión. Para ellos, la percepción no es la suma de los estímulos que llegan a los sentidos de manera estricta, sino que el perceptor inicia una búsqueda de significados de lo que recibe sensorialmente; aportando como ser pensante que es, los principios organizativos de su mente. La forma como cada individuo registra los principios organizativos de su mente es asemejada por los psicólogos de la Gestalt a la forma como ese mismo individuo organiza sus pensamientos. Uno de estos psicólogos, Wertheimer, notó con preocupación como los docentes de matemáticas fomentaban entre los estudiantes el hábito de aplicar los algoritmos de una manera carente de sentido; coartando la tendencia natural que tienen los niños de ver las cosas como una totalidad estructurada. En vez de este aprendizaje memorístico carente de sentido, los psicólogos de la Gestalt

proponen un aprendizaje productivo basado en la organización de un conjunto de ideas relacionadas de manera estructurada; un aporte valioso de los psicólogos de la Gestalt a las matemáticas es el relacionado con la enseñanza y el aprendizaje de conceptos. Para ellos, los niños son capaces de descubrir los conceptos matemáticos si se les proporciona un material relevante y se les permite ensayar y equivocarse; organizar sus ideas hasta encontrar por sí mismos las reglas y relaciones que dan origen al concepto buscado. Los niños deben ser estimulados a formular ellos mismos los conceptos que así se interiorizan más a si los reciben pasivamente explicados por el profesor. El niño solo aprende los conceptos matemáticos cuando es capaz de atribuirle significado a las acciones que ejerce sobre el material que le proporciona el docente.

Ahora bien, al abordar el tema de la enseñanza y del aprendizaje de las matemáticas hay que tener en cuenta las investigaciones realizadas por el psicólogo suizo Jean Piaget y sus colaboradores. Piaget se propuso investigar los procesos del desarrollo del pensamiento de los seres humanos, y a medida que avanzó en sus proyectos investigativos, llegó a afirmar que las características fundamentales del pensamiento se podían comprender en términos de las proposiciones y relaciones lógicas expresadas por los individuos. Piaget también era de la idea que se podía conocer la historia del desarrollo intelectual de la especie humana estudiando el desarrollo intelectual de los individuos ya que estos recogen dicha historia durante su proceso de desarrollo.

La teoría piagetiana (Psicología Constructivista) centra su atención en el aspecto dinámico de la actividad intelectual y en las estructuras psicológicas que caracterizan a los niños en las diferentes etapas de su desarrollo. Aquí el término estructura hace referencia a organizaciones mentales activas de los niños que se van cualificando hasta hacerse cada vez más sofisticadas en los niveles más altos del desarrollo del individuo. Piaget observó que esta cualificación progresiva ocurrida en los niños a lo largo de cuatro etapas o períodos que clasificó así: (a) Períodos sensorio-motriz. Va desde el nacimiento hasta los dos años y se caracteriza por que el niño coordina sus movimientos físicos. Es también pre-presentacional y preverbal. (b) Período preoperacional. Va desde los dos hasta los siete años y se caracteriza por el uso que hace el niño del lenguaje prelógico para representar las acciones. (c) Período de operaciones concretas. Va de los siete a los once años y se caracteriza por que el niño adquiere un pensamiento lógico limitado y estrechamente ligado a la realidad física. (d) Período de operaciones formales. Va de los once a los quince años y se caracteriza porque en él se adquiere el pensamiento lógico, abstracto e ilimitado. El conocer las etapas de desarrollo del niño permite al docente reflexionar sobre qué puede aprender el niño de una determinada edad, evitando así obligarlo a tratar de comprender algo para lo cual no está mentalmente preparado.

La enseñanza de la matemática elemental, por lo tanto, debe ajustarse al nivel de desarrollo intelectual que tenga el niño. Haciendo esto se logrará que el niño aprenda significativamente las nociones de la matemática elemental y estarán en capacidad de construir nuevos significados, es decir, nuevas nociones más avanzadas de las matemáticas. A este respecto, el también psicólogo, Jerome Bruner afirma: "...una vez que el sujeto haya aprendido algo en la forma adecuada a su nivel de desarrollo, podrá avanzar hacia otras formas más complejas y precisas de conocimiento y de uso del conocimiento".

Piaget y sus colaboradores, en consecuencia, hicieron valiosos aportes al aprendizaje y específicamente al aprendizaje de las matemáticas. Para facilitar

el nivel de comprensión de los niños Piaget establece algunos principios que son de gran utilidad para los docentes. Estos principios son: (a) Aprendizaje constructivo. Comprender es inventar o reinventar; descubrir o redescubrir, construir uno mismo las nociones matemáticas. Esto significa que hay que permitirle al niño ensayar diferentes caminos al enfrentarse a una determinada situación de aprendizaje; cometer errores y corregir la senda hasta hallar lo que se busca. Se requiere para ello de materiales adecuados manejables por los niños, así como de ambientes pedagógicos libres de presiones o dudas sobre las reales capacidades de los estudiantes, incluyendo al estudiante ciego. (b) Representaciones concretas. Los conceptos matemáticos deben representarse con materiales concretos. Los niños son capaces de pensar en forma operatoria sólo cuando actúan sobre los objetos o situaciones que se encuentren físicamente presentes siendo capaces, además, de abstraer de ésa realidad física los conceptos matemáticos que se desea que aprenda. (c) El entorno social. Esto hace referencia en la clase de matemáticas a la comunicación, al diálogo permanente que debe existir entre el docente con sus alumnos al igual que entre los mismos alumnos. La interacción social en el aula permite al niño corregir las concepciones de su mente y a construir nuevas y mejores estructuras intelectuales. Al ampliar su mundo social con la edad, el niño pronto se percató de que no siempre las personas que con él interactúan tienen que validar su modo de pensar o de ver la realidad. (d) Entrevista clínica. Para aplicar este principio en la clase de matemática, el docente puede enfrentar a los niños, utilizando materiales concretos, a conflictos cognitivos (situación de aprendizaje muy cercana al nivel de desarrollo intelectual del niño) y estar atento a las respuestas tanto verbales como gestuales de ellos. No solo lo que se dice en forma verbal o escrita sino también los gestos de los niños le aportan datos al docente que le permiten percibir en detalles los razonamientos de cada niño, en especial del niño ciego, y deducir así sus procesos de pensamiento.

Para enseñar las matemáticas, en consecuencia, no basta con el saber matemático que posee el docente. Se requiere, además, que este conozca con precisión en qué nivel de desarrollo intelectual se encuentran los alumnos, y asegurarse así de lo que ellos están en capacidad de aprender en un momento dado. Otros psicólogos cognitivos como Bruner (aquí citado), Ausubel y Vigotski también han investigado y reflexionado con respecto a este asunto. Conviene, por tanto, que el docente poseedor del saber matemático se preocupe también por conocer cómo aprenden los alumnos, incluyendo al alumno ciego. De esta manera, estará en capacidad de comprender cómo podrá enseñarles los conocimientos matemáticos.

La Aritmética, aptitud para calcular. Polos opuestos

Capacidad asombrosa: Multiplicación de números de seis o más dígitos en pocos segundos. Dada la fecha de nacimiento día-mes-año, calcular el día de la semana que cae.

El polo opuesto: Baja capacidad significativa: serias dificultades para realizar las operaciones básicas con números enteros; incorrecta asociación entre el concepto abstracto y su manifestación visual. La llamada discalculia o acalculia, causada por problemas neurológicos o cognitivos, emocionales, educacionales; o sus combinaciones.

Como señalan algunos autores, podemos delimitar cuatro áreas de deficiencias dentro del trastorno del cálculo:

- a. Destrezas lingüísticas: Son deficiencias relacionadas con la comprensión de términos matemáticos y la conversión de problemas matemáticos en símbolos matemáticos.
- b. Destrezas de percepción: Dificultad en la capacidad para reconocer y entender los símbolos. También para ordenar grupos de números.
- c. Destreza matemática: Se incluye la dificultad con las operaciones básicas y sus secuencias (suma, resta, multiplicación y división).
- d. Destreza de atención: Se trata de dificultades en copiar figuras y observar los símbolos operacionales correctamente.

Su sintomatología

Las dificultades fundamentales se centran en torno a la simbolización y a la estructura espacial de las operaciones. Sus síntomas más característicos se manifiestan del modo siguiente:

- a. En la adquisición de las nociones de cantidad, número y su transcripción gráfica, el niño no establece una asociación número-objeto, aunque cuente mecánicamente. No entiende que un sistema de numeración está compuesto por grupos iguales de unidades, y que cada uno de estos grupos forma una unidad de orden superior. No comprende el significado del lugar que ocupa cada cifra dentro de una cantidad. A medida que las cantidades son mayores y si, además, tienen ceros intercalados, la dificultad aumenta.
- b. En cuanto a la transcripción gráfica, aparecen los siguientes fallos:
 - No memoriza el grafismo de cada número y, por tanto, le cuesta reproducirlo.
 - Los hace en espejo, de derecha a izquierda, y con la forma invertida.
 - Confunde los dígitos cuyo grafismo es de algún modo simétrico (p. e. 6 y 9).
 - Le cuesta hacer seriaciones dentro de un espacio determinado y siguiendo la dirección lineal izquierda-derecha.
- c. En las operaciones:
 - **SUMA (+):** Comprende la noción y el mecanismo, pero le cuesta automatizarla, no llega a sumar mentalmente ya que necesita una ayuda material para efectuarla, como contar con los dedos, dibujar palitos, etcétera.
 - Relacionadas con la dificultad para entender los sistemas de numeración y su expresión gráfica espacial, está la mala colocación de las cantidades para efectuar la operación, y la incomprensión del concepto "llevar".
 - **RESTA (-):** Exige un proceso mucho más complejo que la suma, ya que además de la noción de conservación, el niño debe tener la de reversibilidad. La posición espacial de las cantidades es, quizás, lo más difícil de asimilar por algunos niños, que restan simplemente la cifra menor de la mayor, sin tener en cuenta si está arriba o abajo. Cuando tiene que llevar, se pierden en el lugar dónde deben añadir lo que llevan. Del mismo que en la suma, empiezan por la izquierda y colocan mal las cantidades. Es frecuente que confundan los signos y, por tanto, la operación, haciendo una por otra, e incluso, a veces, mezcla las dos (suma y resta).
 - **MULTIPLICACIÓN (x):** Es una operación directa que no entraña tantas dificultades como la anterior. Aquí el problema reside en la memorización de las tablas y el cálculo mental.

- **DIVISIÓN (/):** En ella se combinan las tres operaciones anteriores por lo que de su buena ejecución dependerá el dominio de las anteriores. Las dificultades principales están, como en las anteriores, en su disposición espacial: en el dividendo, el niño no comprende por qué trabajar sólo con unas cifras, dejando otras para más adelante, y de aquellas no sabe por dónde empezar, si apartando unas a la derecha o a la izquierda. En el divisor le cuesta trabajar con más de una cifra, y es probable que lo haga sólo con una.

Etiología: Sus posibles causas

Igual como ocurre con el trastorno de la lectura o la escritura, no se conoce la causa exacta. La opinión actual es que se trata de un problema de origen multifactorial en el que influyen factores madurativos, cognitivos, emocionales y educativos en distintos grados y combinaciones, vinculados a trastornos verbales y espaciales. La capacidad viso-espacial y viso-perceptiva tienden a estar afectadas. Con frecuencia hay mala lateralización (lateralidad cruzada o contrariada), con los trastornos que conlleva de esquema corporal, falta de ritmo y desorientación espacio-temporal. En algunos niños, pueden presentarse, además, problemas sociales, emocionales y/o comportamentales, siendo relativamente frecuentes las dificultades en las relaciones interpersonales.

Curso y pronóstico

Por lo general, los primeros problemas con el cálculo aritmético se hacen evidentes hacia los 8 años, si bien, en algunos niños, ya muestran síntomas hacia los 6 años. En otros no se detecta hasta los 9 años o 10 años, o después.

No se disponen de estudios concluyentes que puedan orientarnos de forma inequívoca de cuál va a ser el posterior desarrollo y progresión del niño que presenta el trastorno.

Una vez identificado el problema (normalmente en primaria) hace falta recurrir a todos los recursos psicopedagógicos para intentar que el niño logre un mejor funcionamiento en este terreno. Lo que sí parece claro es que los niños con una discalculia moderada que no reciben tratamiento y los que aun recibéndolo no logran mejorar, pese a la intervención educativa, tiene un mayor riesgo de presentar dificultades académicas asociadas a baja autoestima, frustración e incluso depresión. Estas complicaciones pueden provocar rechazo a ir a la escuela y trastornos comportamentales.

La evaluación psicopedagógica

La evaluación psicológica debe dirigirse a dos ámbitos principales:

1. La inteligencia.
2. Desarrollo psicomotriz.

En el primer caso, debe comprender un análisis, tanto cuantitativo como cualitativo de los diversos factores de la inteligencia.

A partir de las pruebas Weschler (Wisc-R, Wisc-IV) podemos obtener los diferentes resultados para las áreas verbal y manipulativa. Estas pruebas contienen un subtest de aritmética. Son también especialmente relevantes los subtest de series numéricas y las que precisan de atención y memoria.

A nivel psicomotriz interesa saber la lateralidad predominante, el conocimiento del esquema corporal, el desarrollo sensorio-perceptivo y la orientación espacio-temporal.

A este respecto resulta de gran utilidad el estudio efectuado por Elisabeth Munsterberg Koppitz sobre el Test de Bender, analizando la relación entre éste y el aprendizaje de la aritmética, el cual aparece ligado a la percepción y copia correctas de los diferentes dibujos presentados. Los niños con dificultades de cálculo las manifiestan también en la realización del Test de Bender. En concreto suelen aparecer errores en el número de puntos o círculos de algunas láminas, integran mal las figuras y presentan distorsiones en la forma, tamaño y simetría de estas.

En lo referente al cálculo propiamente dicho, hay una serie de ejercicios a efectuar que pueden darnos pistas acerca de la presencia del trastorno:

- Lectura de números: en voz alta por el propio sujeto o reconocimiento de los que lee el evaluador.
- Escritura de números: copia y dictado.
- Noción de cantidad: de forma oral y escrita. Valorar distintas cantidades dadas numéricamente (¿Qué es mayor 16 o 12, etc.?).
- Seriaciones, empezando por contar de forma correlativa, en sentido ascendente y descendente (de 1 a 30, y al revés; de 2 en 2, de 3 en 3, etc.).
- Cálculo mental.
- Operaciones escritas. Dándoselas escritas y dictadas.

Si tras la evaluación se detecta dificultad específica para el cálculo, acompañada de distorsiones viso-espaciales, debería complementarse dicha evaluación con un estudio neurológico.

La intervención psicopedagógica

Debe efectuarse respetando las características propias de cada caso y poniendo más énfasis en aquellas dificultades que se manifiestan de forma más severa.

El tratamiento debe efectuarse en las siguientes áreas:

- a. Psicomotriz:

Hay que utilizar ejercicios perceptivo-motores que comprendan:

 - Actividades para el conocimiento del esquema corporal, presentando especial atención a la simetría, las coordenadas espaciales arriba-abajo, delante-detrás, derecha-izquierda en relación con el propio cuerpo, y el conocimiento de los dedos.
 - Actividades que aumenten la coordinación viso-motriz, y proporcionen un sentido del ritmo y del equilibrio.
 - Ejercicios de orientación espacial, ya fuera del esquema propioceptivo, y de organización temporal en conexión con el ritmo.
- b. Cognitiva:

Ejercicios de simbolización, que suponen ir trasladando los aprendizajes desde un plano concreto hasta uno abstracto, donde se mueve el cálculo:

 - Sustitución paulatina de la manipulación directa por representaciones gráficas, y estas por símbolos determinados (números, signos, etc.).
 - Aumento del vocabulario, sobre todo del relacionado con la matemática hay que hacer hincapié en las manifestaciones escritas, en el aprendizaje

y utilización de signos matemáticos, en la disposición escrita de las operaciones, etcétera.

- Hay también que trabajar la atención (en especial, la atención sostenida) y la memoria (memoria de trabajo, memoria inmediata, etc.) como funciones básicas.

c. Pedagógica:

Se efectuarán ejercicios específicos de cálculo, centrándonos en las siguientes adquisiciones:

- Noción de Cantidad, que engloba asociación, número-objeto, conservación de la materia, con cantidades continuas y discontinuas, y reversibilidad, como base para la realización de operaciones.
- Cálculo concreto, escrito, mental: primero, contar, unir, separar, clasificar, etc., con objetos, luego con dibujos, escritura de números, sistemas de numeración, realización de operaciones con apoyos materiales. Iniciación al cálculo mental con cantidades pequeñas.

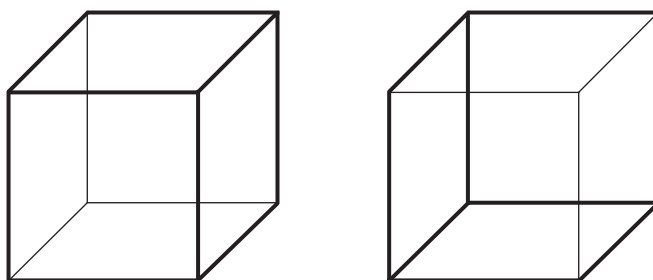
d. d) Uso del ordenador como herramienta:

Dentro de la intervención en los trastornos de cálculo, la utilización de medios audiovisuales (ordenador, internet...) resultan, hoy en día, de gran utilidad y eficacia ya que suele ser un entorno más motivador para el niño. Puede trabajarse directamente el cálculo o efectuar ejercicios de atención sostenida, discriminación, viso-espaciales, etc. para trabajar las funciones básicas.

La geometría, aptitud para ver e interpretar figuras y sus conexiones numéricas

Existen personas muy buenas en el plano R^2 , pero desastrosas en el espacio R^3 , son incapaces de ver las figuras en el espacio, es decir, en perspectiva espacial.

Vean los cubos en sus dos perspectivas.



Predicciones sobre aptitudes para la Matemática

Constituye un interés generalizado intentar predecir el talento para la Matemática. ¿Quiénes lo detectan? Los padres o abuelos; los maestros; los amiguitos; los especialistas; los test de aptitud, aunque su efectividad no suele ser convincente; y no siempre es correcta aplicación en tiempo y forma.

Cultivando amor o pánico hacia la matemática

La psicología puede o debe contribuir a moverse en ese eje de polos opuestos: del pánico al amor. Lo primero es su presentación o concepción, si la presentamos como purgante los resultados serán malos. Luego viene su realización, que

implica al maestro, que debe tener la sabiduría y las habilidades para motivar a los alumnos. Es muy importante saber gestionar las aptitudes y los retos. Tener siempre presente las inteligencias múltiples descritas por Gardner.

Es necesario conjugar el tratamiento individual y el grupal.

$$P = f(M)$$

Esta fórmula expresa cómo la matemática se pone al servicio de la psicología

Las estadísticas son vitales para la investigación en psicología y para la conformación de la psicometría, la rama de la psicología que diseña y pone a prueba los test psicológicos. Tan importantes son que, de cuatro años y medio de plan de estudio, las estadísticas y matemáticas se ven en dos, prácticamente la misma cantidad de tiempo que a la neuroanatomía, que es otro de los pilares fundamentales de la buena psicología.

Las matemáticas principalmente apoyan a la psicología en la creación y revisión de test psicométricos, de igual manera los procesos cognitivos individuales hacen que los individuos varíen los procedimientos para llegar a algún cálculo matemático aunque el resultado sea el mismo, en general, las matemáticas surgieron como una necesidad del hombre, y los hombres en base a sus procesos psicológicos e interpretación de los fenómenos ambientales crearon símbolos matemáticos, entre otras relaciones que existen, la psicometría es una rama de la psicología cuyo objeto es medir los aspectos psicológicos de una persona, tales como las capacidades mentales, conocimientos, rasgos de personalidad entre otras.

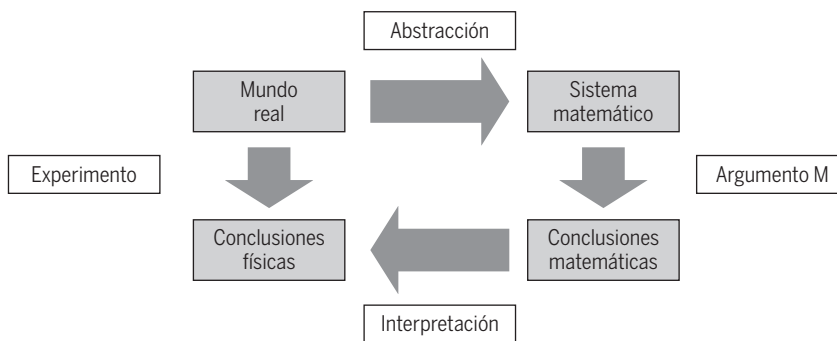
En toda la historia de la psicología, el estudio de las matemáticas se ha realizado desde perspectivas muy diferentes, a su vez enfrentadas, subsidiarias de la concepción del aprendizaje en la que se apoyan. Ya en el periodo inicial de la psicología científica se produjo un enfrenamiento entre los partidarios de un aprendizaje de las habilidades matemáticas elementales basado en la práctica y el ejercicio y los que defendían que era necesario aprender unos conceptos y una forma de razonar antes de pasar a la práctica y que su enseñanza, por tanto, se debía centrar principalmente en la significación u en la comprensión de los conceptos.

Cabe mencionar que la psicología, en relación con las matemáticas, es una aproximación que se basa principalmente en modelos matemáticos de los procesos perceptuales, cognitivos y motrices. Esto implica el establecimiento de reglas que relacionan las características cuantificables de un estímulo con el comportamiento cuantificable. La psicología matemática está relacionada de manera estricta con la psicometría que se refiere a las diferencias individuales en variables, en su mayoría estáticas, mientras que la psicología matemática se centra en los modelos de procesos de percepción.

La lógica, muy útil en todas las carreras universitarias y en la vida cotidiana. En Psicología la considero muy importante. La Lógica proposicional, la Lógica Booleana, la Lógica difusa, y la Capacidad de asociación, de deducción y de inducción.

La modelación matemática

Los modelos matemáticos en psicología son una representación de la realidad y nunca la realidad misma. Los modelos matemáticos de Estes, Bush y Mosteller, por ejemplo, han desempeñado un papel decisivo para el desarrollo de la Psicología (esquema 1).



Esquema 1. Función del Modelo matemático según Coombs, Raiffa y Thrall.

En este esquema 1, se sugiere pasar del mundo real al sistema matemático que los describirá; con un argumento expresado matemáticamente se llegará a ciertas conclusiones, que han de ser interpretadas para arribar a conclusiones físicas procedentes del mundo real, mediante la experimentación.

Resulta decisiva la participación conjunta entre los matemáticos y los psicólogos, para la generación y uso de estos modelos.

Por la importancia, la originalidad y la manera didáctica que lo aborda, sugiero a los lectores consultar el texto de la conferencia “De la estadística y otros demonios: reflexiones personales y sugerencias prácticas”, de Yunier Broche, profesor de Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología (Broche, 2016), y cito algunas de sus conclusiones:

Una buena idea, mal orientada metodológicamente, no se diferencia de una idea mala. Incluso algunas ideas que han surgido de procedimientos torcidos han encontrado excelentes concreciones cuando se han replanteado a la luz de procedimientos metodológicos bien planificados. Lo que siempre debemos evitar es abandonar ideas fértiles por temor a los procedimientos.

El análisis cuantitativo de los datos debe ser para los psicólogos un medio para la obtención de resultados, nunca una barrera. Quizás nunca comprendamos la matemática detrás de un análisis multivariado, pero podemos llegar a comprender cómo se representa un constructo psicológico a través de un resultado estadístico.

Si bien es cierto que no debe hacerse un altar a la estadística dentro de la psicología, tampoco debe menospreciarse por incompreensión. Gracias a su empleo hoy nuestra ciencia puede predecir, anticipar, generalizar [...]

Cuando solicitemos ayuda de un matemático (si finalmente usted no se anima a hacer sus propios análisis de datos) recuerde que no solo está aprendiendo estadística, también está enseñando psicología. En última instancia, quienes estudiaron matemáticas, lo hicieron también por “huir de las letras”.

Mis conclusiones inconclusas:

1. La matemática ha de enseñarse y aprenderse desde las edades tempranas de manera razonada, creativa y participativa.
2. La matemática es una ciencia que descubre e inventa, es abstracta y concreta.
3. La matemática y la psicología deben y pueden estar en sinergia total.

Acertijo: El psicólogo y el matemático

► Raimundo, un gran matemático y Gustavo, un destacado psicólogo, fueron excelentes amigos y compañeros de estudio hasta el bachillerato; ambos eran talentos en matemática y siempre estaban poniéndose acertijos para competir. Al escoger la carrera universitaria Raimundo se decidió por Matemática y Gustavo por Psicología. Azares de la vida hicieron que no se vieran durante muchos años, hasta que un buen día se encontraron en un Congreso Internacional de Acertijos.

Raimundo lo saluda y de inmediato le pregunta que cuántos hijos tenía y sus respectivas edades.

Gustavo le responde: "Tengo tres, y para no olvidar nuestra pasión, te puedo decir que el producto de las tres edades es igual a 40".

Raimundo reconoce inmediatamente el reto de su amigo y le dice: "No es suficiente la información para resolver el acertijo de la edad de cada uno de tus hijos". Gustavo le dice entonces: "La suma de las edades es 14". Raimundo piensa unos segundos, y le insiste en que todavía falta algún dato.

Entonces Gustavo agrega: "Prepárate que te voy a partir el corazón: a mi hijo menor le puse Raimundo".

Entonces el gran matemático lleno de emoción le dijo: "Gracias mi hermano", y de inmediato le respondió la edad de cada hijo de Gustavo.

Se dieron el abrazo de siempre.

Ahora vienen las tres preguntas:

1. ¿Cuál es la edad de cada uno de los hijos de Gustavo? Intenta fundamentar tu respuesta.
2. ¿A qué matemático y a qué psicólogo, ya fallecidos se les rinde homenaje en este acertijo?
3. Raimundo le pregunto a Gustavo: "¿Tu gran talento para la Matemática te ha sido útil para tu trabajo como psicólogo? Y Gustavo le respondió: "La Matemática es muy importante para ser un buen psicólogo", y le puso varios ejemplos.

Ponga usted al menos dos ejemplos en que se evidencie la importancia de la Matemática para las Psicología.

1.

2.

¡Ahora Manos y Mente a la Obra!

La respuesta aparece en una parte del libro que debes encontrar.

Psicología, religión y religiosidad

Reinerio Arce

El siglo XXI se ha denominado el siglo de la espiritualidad y, cada vez más, quizás por todo lo vinculado a lo que identificamos con la postmodernidad, todo lo relacionado con la ciencia del Espíritu o con la espiritualidad del ser humano se hace más relevante. Para la psicología, como ciencia del ser humano, indiscutiblemente esto es un gran reto. Hemos pasado de la racionalidad de la modernidad a la espiritualidad de la post modernidad. Dentro de los fenómenos considerados más espirituales, por decirlo de alguna manera, se encuentra la religión. Constituye un gran reto para nosotros desde la psicología estudiar este fenómeno humano con mayor profundidad. ¿Qué implicaciones tiene? ¿Cómo se manifiesta en el ser humano del siglo XXI? El estudio desde la Psicología al fenómeno religioso no es algo nuevo, pero sí creo que adquiere cada vez más importancia.

El fenómeno religioso está impactando más que nunca al mundo postmoderno, tanto en lo social, en lo cultural como en lo político. Si ustedes, por ejemplo, analizan los resultados de las elecciones en algunos países de Nuestra América se hace evidente que estos resultados son consecuencia, en parte, de la alianza entre el fundamentalismo político y el fundamentalismo religioso que mueve masivamente a miles de personas. Cuba no está exenta de esta realidad, como lo demuestran las resientes discusiones sobre la propuesta de una nueva Constitución, que incluía el matrimonio igualitario. Por otra parte, la alianza entre la nueva derecha religiosa en los Estados Unidos y los sectores más conservadores y nacionalistas de ese país con discursos pseudo religiosos, tienen una enorme influencia, tanto en la política doméstica como internacional de ese país.

De igual manera los grupos radicales islámicos utilizan principios de su religión como fundamento para sus acciones, al punto de cometer suicidios terroristas.

Sin embargo, esta realidad nos puede llevar a aproximarnos al fenómeno religioso como algo negativo al que hay eliminar, como en un momento se hizo por el marxismo leninismo y no entenderlo como un fenómeno humano en toda su dimensión individual y social y en toda su complejidad.

El islam en su esencia es una religión de Paz. El judaísmo no necesariamente tiene que ser sionista. El cristianismo no tiene que ser fundamentalista o *literalista* a la hora de interpretar la Biblia. De hecho, muchas iglesias y grupos de cristianos y cristianas promueven el trabajo por la paz y la justicia, como es caso de la llamada Teología de la Liberación en América Latina y otras teologías en otras partes del mundo. De igual manera, las religiones de origen africano estimulan la participación social y promueven la justicia y el conocimiento.

Pensar solo que la religión es “el opio de los pueblos”, al decir de Lenin o incluso como “opio del pueblo”, al decir de Marx, ambas frases constituyen una aproximación reduccionista en el análisis del fenómeno religioso. La religión puede frenar el desarrollo humano, puede ser reaccionaria política y socialmente de manera que obstaculice el progreso de las sociedades. Pero detenernos allí constituye una visión muy unilateral del fenómeno religioso. Porque al mismo tiempo, en otro momento y contexto, la religión puede ser algo que estimule el desarrollo humano y social, convirtiéndose en un aspecto importante que influye y ayuda al bienestar y al desarrollo humano, tanto personal como social. De ahí la importancia de su estudio, y de ahí la importancia que nosotros como psicólogos y psicólogas abordemos el tema.

Cuando buscamos en la bibliografía sobre el tema de psicología de la religión, podemos encontrar dos vertientes. La primera se refiere a lo que se ha llamado psicología pastoral. Sobre todo, en Occidente, sacerdotes y pastores dan atención psicológica a personas en sus comunidades. Ellos y ellas son para el pueblo de sus comunidades personas que los pueden ayudar en momentos de crisis tanto personal como familiar. De ahí que muchas instituciones de formación pastoral incluyan una preparación para este tipo de atención. Esta constituye una práctica psicológica de estas personas que tienen una función social dentro de sus comunidades.

Una aproximación diferente, que es la que más nos interesa ahora, se dedica al estudio y comprensión del fenómeno como tal, del fenómeno religioso como fenómeno humano y sus implicaciones para la vida de las personas y los grupos. De aquí que pudiéramos definir esta última aproximación como aquellas opiniones, conductas y vivencias del ser humano que de alguna manera o forma tienen que ver con lo que entendemos como religión.

Las opiniones se referirían a las formas de pensar. A la elaboración racional que hacen las personas que tienen creencias religiosas y/o que están afiliadas a una religión específica. Indiscutiblemente este aspecto es fundamental para el ser humano. Aspiramos y de hecho intentamos siempre entender la realidad que nos rodea, y al mismo tiempo, intentamos buscarle un sentido a la vida. Por lo tanto, esta esfera del fenómeno religioso se refiere a las elaboraciones cognitivas que hace la persona religiosa.

Cuando hablamos de conductas nos estamos refiriendo a los ritos o rituales, las formas culticas de naturaleza individual o colectiva como, por ejemplo, las oraciones, los sacrificios, la meditación, las procesiones y otras formas de conducta que se manifiestan en las distintas religiones.

Y, por último, las vivencias que corresponde a lo más íntimo, lo más interior de la persona que tiene que ver con la experiencia individual de cada uno. Las vivencias, por supuesto, están relacionadas con la vida afectiva y emocional del creyente y pueden ser muy intensas, por ejemplo, la mística o los trances en las religiones de origen africano o los grupos carismáticos en el caso del cristianismo. Pueden ser más débiles y generalizas como un culto cristiano tradicional o el momento de las oraciones en una mezquita.

El primer problema lo constituye la definición de religión. Si se busca en la literatura psicológica se van a encontrar distintas definiciones; así como también en libros o diccionarios de filosofía o de teología. De hecho, existen grandes debates sobre la definición de religión.

Erick Fromm, uno de los grandes de la Psicología, refiere que la religión es un fenómeno complejo y diverso que se manifiesta en diferentes formas

concretas, su esencia reside en la creencia en lo sobrenatural, es decir, en la idea de que existen entes, objetos, fuerzas independientes de los objetos, fenómenos y procesos naturales y sociales. Fromm entiende entonces la religión como la creencia en los fenómenos sobrenaturales.



Erick Fromm.

Otros autores que provienen de otras ciencias, como la sociología conceptualiza la religión en los mismos términos. Por ejemplo, Francois Houtart, intelectual belga muy relacionado con Cuba, define la religión como la creencia en lo sobrenatural (Houtart, 1992: 36). Estas definiciones introducen otro problema: ¿cómo definimos entonces lo sobrenatural?

José Martí, sin ser psicólogo, con su gran genialidad también elaboró una definición de religión, a mi juicio, muy válida. En sus apuntes escribe:

Hay en el hombre un conocimiento vago; pero constante e imponente, de un gran ser creador. Este conocimiento es el sentimiento religioso y su forma de expresión, la manera en que cada agrupación de hombres concibe a Dios y le adora, es lo que se llama religión (*Obras completas*: t. XIX, 391).



José Martí.

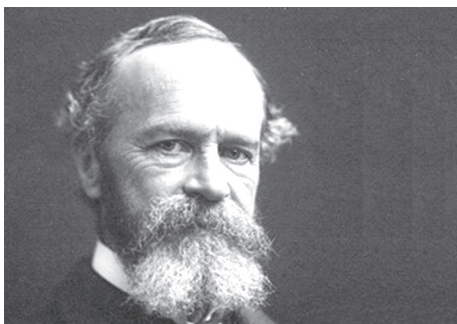
Martí hace una separación entre lo que él llama "sentimiento religioso", propio del ser humano religioso y lo que identifica como religión propiamente dicho, que es la forma en que los seres humanos se agrupan para compartir y expresar sus sentimientos religiosos. Por eso, considera que en lo antiguo, hubo tantas religiones como pueblos originales. Es decir, que para él la religión cambia, pero el sentimiento

religioso permanece. Las expresiones religiosas cambian, pero no solo las expresiones, sino también los contenidos, los rituales y conductas. Porque los seres humanos cambiamos como seres sociales y culturales que somos: La sociedad evoluciona y evoluciona la humanidad y, por tanto, también se transforman las formas de expresar y asociarse de los seres humanos con sentimientos religiosos.

Una definición que se orienta en un sentido diferente es la que nos presenta Emil Durkheim, considerado como uno de los fundadores de la sociología, en su libro *Las formas elementales de la vida religiosa*; define entonces la religión como "un sistema solidario de creencias y prácticas relativas a cosas sagradas" (Durkheim, 1993). Así la religión para él lo constituye aquellas creencias y prácticas relacionadas con las cosas sagradas, es decir, que son objeto de veneración, adoración y culto, a las cuales todos aquellos que veneran, se unen en una comunidad que a su vez asigna roles y rituales individuales o colectivos.

De esta manera se puede definir la religión a partir de muchas aproximaciones. Algunos dicen que hay tantas definiciones como escuelas psicológicas que las estudió. Sin embargo, con las que hemos mencionado podemos observar dos extremos: por un lado, definiéndola con la creencia en lo sobrenatural, por otro, como la creencia en cosas sagradas, sin entrar en el debate de lo que es natural o sobrenatural, que realmente dejaría fuera de la definición a algunas religiones.

Quizá uno de los primeros en estudiar la religión desde una perspectiva psicológica fue Stanley Hall, en 1881, quien escribió una conferencia que tituló "Psicología y Religión". Se dedicó también a estudiar el fenómeno religioso en adolescentes y fundó el *Journal of Religious Psychology*.



William James.

Un psicólogo importante que investigó y escribió sobre la religión en esta etapa de principios del siglo XX fue William James, hijo de pastor presbiteriano. Se dedicó, como parte de sus investigaciones, al estudio de la religión como fenómeno que norma la conducta del ser humano. Trabajó y estudió ese tema y trató de definir el fenómeno religioso.

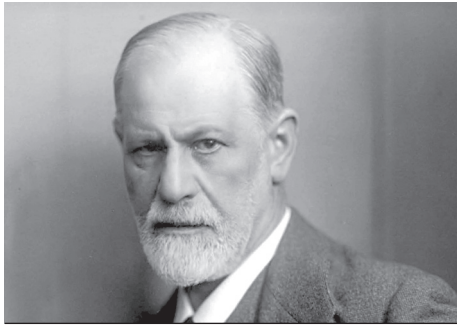
En sus investigaciones James llegó a la conclusión de que la experiencia religiosa tenía una expresión

positiva-constructiva para el individuo y para su relación con la sociedad; pero también la religión pudiera tener una manifestación destructiva. Dice así:

[...] la religión [...] querrá significar los sentimientos, los actos y las experiencias de hombres particulares en soledad, en la medida en que se ejercitan en mantener una relación con lo que consideran la divinidad. Debe haber algo solemne, serio y tierno en cualquier actitud que denominemos religiosa.

Verán también qué cosa más intensamente apasionada puede ser la religión en sus vuelos más elevados. Como el amor, la ira, la esperanza, la ambición, los celos; como cualquier otra impaciencia o pulsión instintiva, añade a la vida una fascinación que no es racional ni lógicamente deducible de ninguna otra cosa. Esta fascinación, que llega como un regalo cuando llega [...] es o no es para nosotros; y hay personas que no pueden estar poseídas por la fascinación, como tampoco pueden enamorarse de una mujer determinada por un simple mandato (James, 1986).

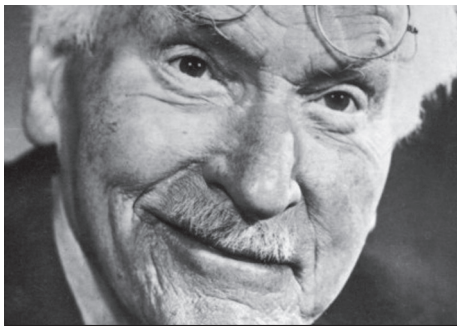
Sigmund Freud dedicó mucho de su obra al estudio del fenómeno religioso. Es interesante cómo en sus primeros trabajos vincula la psicología a los actos obsesivos, incluso escribió un artículo en 1907 que tituló "Los actos obsesivos y las prácticas religiosas". Después de ese intento de comparar los actos obsesivos con conductas religiosas, en la medida en que desarrolla su teoría de psicoanálisis comienza a escribir sobre la religión como un mecanismo de defensa. Afirma que la religión sustituye al mecanismo de defensa infantil frente a la figura del padre; se identifica al padre como la figura de Dios-Padre. La religión sirve para aminorar la culpa que surge en el niño por el complejo de Edipo en la relación con la hostilidad del padre. De ahí la doctrina del pecado original y la explicación de la culpa que siente un religioso cuando comete un pecado.



Sigmund Freud.

de la religión en la sociedad moderna: "Así, pues, calificamos de ilusión una creencia cuando aparece engendrada por el impulso a la satisfacción de un deseo, prescindiendo de su relación con la realidad, del mismo modo que la ilusión prescinde de toda garantía real".

Podemos observar así, como uno de los grandes maestros de la psicología, Sigmund Freud, dedicó gran parte de su obra al estudio del fenómeno de la religión.



Carl Gustav Jung.

En esencia, una de las ideas más importantes en la teoría de Jung, lo constituye precisamente su intento de demostrar que en el psiquismo humano existe una imagen arquetípica esencial para la madurez-equilibrio del individuo que corresponde a lo que el creyente llama Dios.

La imagen arquetipo de Dios está presente en todas las culturas. No proviene de las experiencias psíquicas del individuo, como proyección de la experiencia paterna, sino que, al revés, la relación con el padre terreno adquiere un significado religioso propio porque preexiste un modelo, una disposición hereditaria, una estructura universal de la Paternidad Divina. Dios es como una impronta dejada en el psiquismo que reviste diversas experiencias humanas proporcionándoles un significado religioso (Jung, 1949).

Como se puede observar, el fenómeno religioso en el ser humano ha sido estudiado desde los propios inicios de la psicología como ciencia y amerita cada vez más su estudio en los momentos actuales.

A diferencia de Freud y de otros, para el psicólogo Gordon Allport la religiosidad del ser humano no necesariamente tiene que ser expresión de una

Entre sus textos más conocidos sobre este tema se encuentra *Moisés y el monoteísmo*. Otro texto dedicado al estudio del fenómeno religioso fue *Tótem y tabú* obra importante, donde Freud hace un análisis histórico del fenómeno religioso. Desarrolla sus ideas, a partir de la teoría psicoanalítica sobre los orígenes del fenómeno religioso. En una de sus últimas obras, *El porvenir de una ilusión*, analiza el rol

Lo mismo podemos decir de Carl Gustav Jung. Este dedicó mucho de su investigación al estudio del fenómeno religioso. Intentó darle una explicación a partir de su teoría del inconsciente colectivo y sus contenidos llamados arquetipos. Entre sus numerosas obras dedicadas al tema podemos citar: *Significado del padre para el destino del individuo*, *Transformaciones y símbolos de la libido*, *Psicología y alquimia*, *Psicología y religión*, *Respuesta a Job*.

patología. Por el contrario, puede ser un elemento importante en el desarrollo de las personas maduras. En ese sentido, se dedicó a estudiar la religiosidad en las personas maduras, y en este caso, la religión se constituye en un factor de desarrollo de la personalidad, gestor de sentido que impulsa y dirige la actividad del ser humano. Allport llega a la conclusión de que esta forma de religiosidad en las personas maduras constituye un factor que, lejos de ser enajenante, es un componente saludable que orienta la actividad humana. En un interesante libro, *The Individuals and his religion: A Psychological Interpretation* (1967) señala:

La razón para no insistir más en la función que la religión juega en las personalidades neuróticas e infantiles es que busco trazar el curso completo del desarrollo religioso en la persona madura y productiva. Me ocupo de la psicología no de psicopatología de la religión. La función neurótica de las creencias religiosas, su ayuda para "escapar de la libertad", se encuentra fácilmente, de manera tan común, que los oponentes a la religión ven solo esta función y declaran que dominan toda vida que acoja un sentimiento religioso. Estoy en desacuerdo con esta manera de ver las cosas.

Pero también la religión es un fenómeno social y cultural, por lo tanto, es abordada, además, por la psicología social. Toda religión existe en un contexto social, no pudiéramos pensar en la religión sin pensar en un grupo de individuos que la practican. Recordemos la definición de Martí y la diferenciación que él hacía entre religión y religiosidad. Las religiones no pueden ser consideradas como tales sin la existencia de un grupo o grupos que la practiquen y estos grupos están inmersos en una cultura, una región y un tiempo determinado; por lo tanto, a la hora de estudiar este fenómeno debemos tener en cuenta el grupo social, es decir, el grupo de referencia común que influye en los individuos. Lo que interioriza el individuo proviene fundamentalmente de la comunidad religiosa de referencia, por consiguiente, para poder estudiar a la persona religiosa tenemos necesariamente que entender y aclarar al grupo de referencia portador de los contenidos, los roles y conductas de sus miembros.

Los conceptos, los contenidos simbólicos, los rituales que tienen para el grupo su propio sentido tienen una base social y cultural. Cada grupo religioso posee, independientemente de su tamaño, un sistema de sentido que le permite a los principiantes participar en él a través de un proceso de aprendizaje, a partir del cual aprenden cómo determinados sucesos, formas de comportamientos y vivencias pueden y deben de ser interpretados. Es decir, existe un proceso de aprendizaje de roles y contenidos dentro de cada una de las religiones. Todo ello es estudiado por la psicología, en particular, la psicología social.

Cada religión intenta de alguna manera enfrentar y resolver los sucesos importantes de la vida como: el nacimiento, el matrimonio, los ritos de la pubertad, enfermedades, accidentes o desgracias, así como la muerte misma. Para ellos tienen a su disposición los mitos y los ritos que portan un significado para el creyente y para el grupo.

Pero, además, las religiones como fenómenos sociales le proveen al ser humano, no solo de un sistema de pensamientos, sino también roles sociales para su comportamiento. Cada religión tiene un modelo conceptual y un modelo de comportamiento que se recibe por el individuo al integrar el grupo religioso.

Podemos concluir, que todos estos estudios constituyen aproximaciones desde las distintas escuelas a un fenómeno humano muy complejo. La religiosidad y las religiones pueden ayudar, pero también obstaculizar el bienestar humano. Nos faltaría continuar estudiando esta dimensión de la naturaleza humana en toda su complejidad para así poder estimular los efectos positivos para el desarrollo humano que, por supuesto, incluye el desarrollo social. De la misma manera saber detectar los enfoques dentro de estas para frenar los posibles efectos negativos en los seres humanos y en la sociedad.

Tenemos que establecer una diferenciación entre las religiones y los grupos religiosos dentro de ellas, pues en muchas ocasiones no existe homogeneidad en las propias religiones. Debemos conocer qué aportan y cuáles frenan el desarrollo humano, no podemos ser ingenuos en cuanto a esto. La religión auténtica es la que aporta al ser humano y a la sociedad, que intenta ayudar a construir una sociedad más justa, donde el bienestar para todos sea una realidad, no una sociedad dividida en donde existan aquellos que tienen en abundancia y otros que no les alcance para vivir.



Sacerdote Camilo Torres.

El valor común de casi todas las religiones es el amor, pero no el amor de teoría, como decía el sacerdote Camilo Torres, sino el amor eficaz, el amor que se traduce en acciones concretas a favor de los demás seres humanos.

Creo que en ese sentido la religión puede, debe y lo hace, aportar a la sociedad. En nuestra sociedad se ve como aporta valores. Me ha pasado que muchas personas me han dicho que

no desean ir a la iglesia, pero quisieran enviar a sus hijos a la iglesia porque saben que allí aprenden valores buenos y positivos. La religión aporta a la sociedad solidaridad y compromiso con los otros. Pero hay que tener mucho cuidado porque también hay una vertiente fundamentalista que frena el desarrollo humano.

La esencia de la gran mayoría de las religiones es la justicia, el amor, la práctica, hacia la búsqueda de una sociedad mejor para todos y todas. Creo que esta esencia es lo que hay que apoyar y los que tenemos creencias religiosas trabajar en esa dirección.

El sacerdote Camilo Torres dijo en una ocasión a sus compañeros del Partido Comunista: "Vamos a dejar de discutir si el alma es mortal o inmortal, porque lo que sí sabemos es que el hambre es mortal. Mejor trabajemos juntos por eliminar el hambre".

¿Qué es la enfermedad mental? ¿Qué es la salud mental?

Miguel A. Roca

*Las locuras que más se lamentan en la vida de un hombre
son las que no se cometieron cuando se tuvo la oportunidad.*

HELEN ROWLAND

Salud y enfermedad. Términos polémicos

Tal vez con el afán de declarar desde un inicio que estamos ante un tema polémico y en el que no hay verdades acabadas, como podrá apreciarse a lo largo del presente escrito, serían útiles para empezar las afirmaciones de Arturo Graf, cuando asevera que *el de la locura y el de la cordura son dos países limítrofes, de fronteras tan imperceptibles, que nunca puedes saber con seguridad si te encuentras en el territorio de la una o en el territorio de la otra*, porque no estamos ante un tema de fácil esclarecimiento.

De igual manera, respetando los orígenes en la medicina de los términos salud y enfermedad, tal vez no son estos términos los idóneos para calificar aquello que tiene que ver con el óptimo o deficiente funcionamiento "mental", básicamente determinado por los factores psicológicos y sociales de la existencia de las personas, sin que ello signifique descalificar el sustrato material, biológico, muy en particular, el cerebro, sustrato material de las funciones psíquicas superiores,... y hasta de las no tan superiores.

Por estas razones, aunque con justas reticencias, seremos respetuosos de las convenciones y mantendremos la tradicional nomenclatura de salud o enfermedad mental, a modo de referente, para aportar una humilde opinión al esclarecimiento de tan compleja aspiración como es el óptimo funcionamiento y el bienestar de las personas.

Como referíamos con anterioridad, el origen de ambos términos, salud y enfermedad, incluso, su fusión en la moderna mirada de **Proceso Salud Enfermedad**, se encuentra en las Ciencias Médicas con una disertación discursiva dominante en relación con los componentes biológicos y fisiológicos que ha sido predominante durante siglos (Morales, 1998). No obstante, resulta incuestionable el hecho de que, tanto la salud como la enfermedad están también determinadas, y no en menor medida, por otras condicionantes que desbordan los estrechos límites del organismo físico y que tienen que ver con la historia, el comportamiento y la subjetividad individual, la connotación ecológica referida al entorno natural y social en el que la persona vive, así como los determinantes culturales, políticos y económicos de su propia realidad. De modo sistémico, **todo** ello determina la salud o enfermedad mental de una persona. Son inteligentes las declaraciones del Dr. Francisco Morales cuando afirma:

Aunque todas las enfermedades tienen una determinación multicausal, las variables del ambiente social y las psicológicas pueden ser más relevantes en el origen y evolución de algunas más que de otras. Son esas precisamente las que deben recibir atención prioritaria de la psicología (Morales, 1998: 30).

En consecuencia es posible afirmar que las disquisiciones sobre salud y enfermedad demandan de un acercamiento que dé cuenta de su complejidad y dinamismo, así como una mirada holística que reconozca que, por sus características no excluyentes, sino complementarias, no es posible comprender la enfermedad sin comprender la salud, pero también viceversa, en el sentido de que llegar a conocer la enfermedad permite comprender también un poco mejor la salud y su significado; se trata así de un **proceso** que resalta la continuidad y la contradicción, evidenciándose que la salud y la enfermedad no son términos excluyentes, sino que se complementan e interpenetran.

Salud y Enfermedad deben verse como una unidad y lucha de contrarios donde hay momentos en que coexisten aspectos desintegradores y morbosos en el individuo con aspectos integradores y armoniosos. Cuando predominan los momentos integradores hablamos de salud, en tanto, cuando priman los elementos desintegradores nos referimos a la enfermedad. Concebir de este modo, dialécticamente, la salud y la enfermedad nos da elementos para comprender cómo un sujeto sano puede presentar tendencia a la enfermedad y cómo un sujeto enfermo puede tener fortalezas o potencialidades para el restablecimiento o mejoría (Alonso, A. y Roca, M., 1979).

A pesar de la omnipresencia de los términos de Salud y Enfermedad, y la necesidad de su comprensión para los profesionales que se desempeñan en el ámbito sanitario, su definición es aún un aspecto no resuelto. La definición convencionalmente aceptada es la clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el sentido de que "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección", la que se esgrime hasta hoy con frecuencia, bajo el pragmático argumento de que no hay otra mejor... obviamente sin una clara definición de salud, difícilmente haya una clara definición de enfermedad. Parece que cualquier intento de conceptualización será insuficiente para abarcar su realidad, como se ilustra en el siguiente diálogo entre Niels Bohr y Albert Einstein, el primero dijo: "Nuestra teoría es pobre para la experiencia", y el segundo respondió: "No, no, la experiencia es demasiado rica para nuestra teoría".

Tal vez a riesgo de romper convenciones, pero en aras de la claridad, intentemos entonces trabajar con realidades complejas, más que con conceptos puros, al abordar un tema tan sensible y escurridizo como el de la salud y la enfermedad mental, en que fenomenológicamente prevalecen las manifestaciones subjetivas y comportamentales que están en lo esencial determinadas socialmente, a diferencia de las enfermedades somáticas en que prevalecen las manifestaciones objetivas con una mayor connotación biológica, sin que ello signifique, como ha demostrado la Psicología de la Salud (Knapp, 2007, Taylor, 1995) que en estas últimas no haya también una decisiva presencia del **factor humano**, determinado por la propia actitud de las personas ante el cuidado, mantenimiento, optimización y restauración de su salud (Roca, 2013).

Los conceptos de salud, trastorno y enfermedad mental

Un popular, y a la vez, polémico concepto, tanto desde lo científico como desde lo cotidiano es el de “salud mental”, un término cuyo solo enunciado nos está diciendo que la “mente”, lo psicológico puede influir, para bien o para mal y de diversas maneras, sobre la salud y el bienestar de las personas. No existe definición acabada por tratarse de un término socialmente construido que no puede ignorar el hecho de que diferentes naciones, grupos, culturas, entidades, religiones y profesiones tienen maneras muy diferentes de conceptualizarla.

No obstante, dentro de sus indicadores manifiestos, como comentaremos más adelante, la salud mental parece referirse a un cierto nivel de bienestar psicológico, que supone la habilidad de una persona para disfrutar de la vida, tener una clara sensación de identidad y valor en que se aprecie y respete lo suficiente a sí mismo, expresar de manera adecuada sus emociones sin dañar o violentar los derechos de los demás, adaptarse con éxito a un espectro amplio de demandas, solucionar creativa y flexiblemente los inevitables problemas de la cotidianidad, hacer aportes a la sociedad mediante el estudio y el trabajo fructíferos, a la par que mantenerse rodeado de relaciones interpersonales positivas que se conviertan en verdaderas redes de apoyo social favorecedoras del bienestar, sin que ello signifique tratarse de un ser invulnerable al dolor y la falibilidad humana.

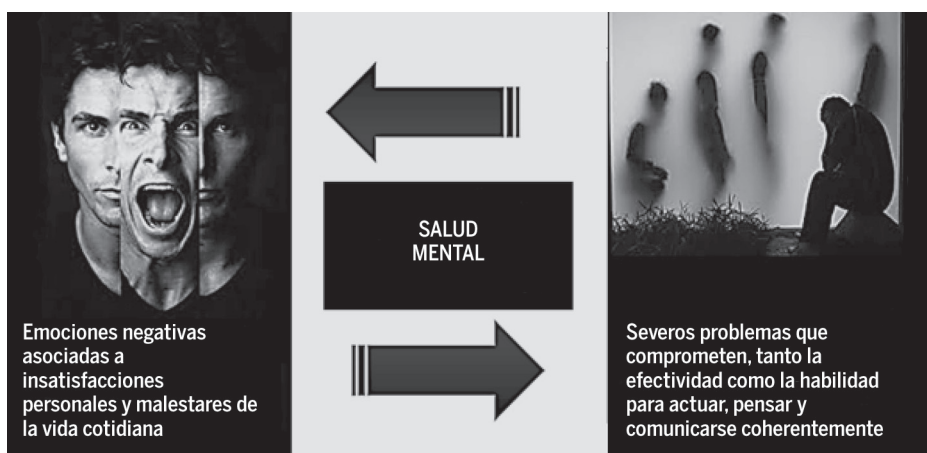
Tanto el término “salud mental” como el frecuentemente utilizado de “trastorno mental” evitando el de “enfermedad”, implican infelizmente una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos”, expresión de un impropio reduccionismo del dualismo mente/cuerpo que obvia la unidad indisoluble entre ambos. Los conocimientos científicos no solo actuales, sino desde hace mucho tiempo indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”. En cualquier caso, lo cierto es que el problema planteado por el término “trastornos mentales” ha resultado ser más patente que su solución, y, de manera categórica, el término persiste, ya que no se ha encontrado una expresión adecuada que pueda sustituirlo. Ello es lo que justifica que algunos especialistas rechazarán completamente el concepto de “enfermedad mental”, mientras otros brindarán significados diversos a la salud mental o a la normalidad.

Debe admitirse entonces que no existe una definición que especifique de manera adecuada los límites del concepto “trastorno mental”; el vocablo, al igual que otros muchos términos de uso frecuente en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades, a pesar de su constante uso cotidiano, permeado por diversidad de miradas.

Al respecto vale la pena señalar que el campo actual de la atención a la salud y los trastornos mentales está organizado alrededor de tres contrastantes orientaciones, a veces conflictivas, a veces complementarias: 1. la biomédica; 2. la psicológica, incluyendo muchos puntos de vista divergentes que, sin embargo, se concentran en la personalidad individual; y 3. una emergente orientación psicosocial que dirige la atención hacia el impacto de sistemas sociales y subyace en muchos de los enfoques de salud mental comunitaria. Estas tres tendencias determinan no solo la manera en que el desorden psicológico es concebido, sino cómo debe ser estudiado y tratado, definiendo los roles profesionales de los clínicos, así como las estrategias institucionales a implementar (Morales, 1998). También podemos señalar que los trastornos mentales han sido definidos mediante una gran variedad de conceptos

cercanos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, etiología y desviación estadística). Cada uno deviene en útil indicador para *un tipo de trastorno mental*, o para determinada situación humana, pero ninguno equivale al concepto y cada situación o caso requiere de un esclarecimiento distinto.

Así, en el entorno actual de la salud mental, los profesionales están preocupados por el comportamiento perturbado de todo tipo, gravedad, y duración: en un extremo se encuentran las personas excesiva y visiblemente trastornadas, alguna vez llamadas “locos” o “lunáticos”, y ahora diagnosticadas como “psicóticos” u otras de las abundantes categorías taxonómicas de los manuales de clasificaciones de enfermedades mentales. En el otro extremo se encuentran las personas infelices o desdichadas, incapaces de poder hacer frente a las demandas de la vida, limitados en su capacidad de amar, trabajar, o encontrar el significado en sus vidas, ya sea durante períodos prolongados que pueden abarcar la vida toda o en episodios breves relacionados con el estrés... o una compleja y dinámica mezcla de ambos.



En este sentido, se toma en consideración el funcionamiento psicológico “menor” o las “leves disfunciones” de la personalidad dentro del alcance de la psicología patológica, lo que justificaría la acción profesional como perspectiva relativamente reciente en la historia de la intervención psicológica, todavía dudosa para algunos. Al respecto son interesantes las tempranas palabras de Korchin (1979) cuando afirmaba que

Seguramente, siempre ha habido personas que eran dolorosamente tímidas o temerosas, incapaces de trabajar productivamente, de relacionarse afectuosamente con amigos y familia, que bebían excesivamente; que eran egocéntricos, inmaduros e impulsivos; que eran innecesariamente rígidos, moralistas, e intolerantes con los otros, o quienes se sentían inadecuados, derrotados, e inútiles, o en una entre mil otras maneras, llevaban vidas sin alegría que cargan a los otros. Para aquellos directamente implicados éstos eran problemas personales, que reflejan los defectos del carácter y la voluntad, que requerían de un esfuerzo más grande, de autoexamen y autocontrol, o el consejo sabio de amigos o consejeros religiosos... Pero hasta hace muy poco, había poca preocupación científica con el desarrollo de la personalidad y su funcionamiento ni había muchos especialistas encargados de modificar su curso.

Al hablar de trastornos mentales, se incluyen también las condiciones de alteraciones y desórdenes psicológicos que resultan de lesiones del sistema nervioso, los problemas emotivos que conducen a enfermedades somáticas, determinadas manifestaciones de delincuencia y desviación social (el alcoholismo, la toxicomanía, la criminalidad, etcétera), así como la gran variedad de problemas psicosociales menores y cotidianos (los problemas de adaptación y las reacciones de inmadurez) que atormentan y desorganizan a tantas personas. Muchos de ellos son también descritos en textos de psicología clínica, psicología anormal, psiquiatría, o psicopatología (Sarason, I. y Sarason, B., 1996).

En gran medida ello es consecuencia del hecho de que el concepto de enfermedad ha tenido su casi total desarrollo desde las ciencias médicas, a la cual se atribuyen elementos que han sido cuestionados desde uno u otro punto de vista como: 1. hay entidades de enfermedad, que tienen etiología, curso, y resultado; 2. estas enfermedades son de origen orgánico; 3. incluso si fueren concebidas como enfermedades psicológicas, son vistas en analogía con las dolencias físicas; 4. las personas “contraen” estas enfermedades sin falta alguna de parte suya; 5. La cura depende de la intervención profesional, con preferencia por personas con el entrenamiento médico; y 6. las enfermedades están en la persona y, aunque podrían tener desde un punto de vista cultural distintas manifestaciones, el proceso esencial de la enfermedad es universal y no culturalmente específico.

Lo cierto es que el modelo de enfermedad enfatiza los temas patológicos en la vida y descuida las fuentes de la competencia y fortaleza en el desarrollo de personalidad.

No obstante puede afirmarse que, en general, ha habido un cambio del énfasis desde la enfermedad psicológica hacia la salud psicológica (Sheldon, Kennon M., 2001), lo que refleja una actitud optimista hacia la posibilidad del también polémico concepto de “cura” o, para ser más precisos, el logro de óptimos niveles de bienestar e integración social, y en consecuencia, la renuencia de estigmatizar al enfermo mental donde se refleje la incumbencia con lo humano y la esperanza por el futuro de los también llamados “pacientes”, abordando un rango cada vez más amplio de problemas humanos.

Adentrándonos un poco más ahora en el asunto que nos ocupa, como veníamos comentando, es posible que uno de los más polémicos y para muchos cuestionables conceptos en el contexto de la psiquiatría y la psicología aplicada a los problemas de salud, lo sea el de “enfermedad mental”. Popularmente utilizado para referirse al “loco”, al que está “mal de los nervios”, a la persona “rarísima”, etc., el concepto de enfermedad mental ha sido a diario estigmatizador, ya sea en tono de burla o en tono de desprecio por indicar un cierto tipo de “debilidad” o “hándicap”; hay en lengua inglesa una cruel expresión que califica al llamado enfermo mental crónico como un *nobody nowhere*, inadie en ninguna parte!, que nos alerta por sí sola acerca del peligro de tales etiquetas. En cualquier caso, es desafortunada la predisposición de la sociedad en cualquier tiempo para rechazar y maltratar a sus miembros *trastornados*.

Pero no menor connotación de “etiqueta”, aunque con ribetes de ciencia, está presente en el contexto de las tradicionales clasificaciones de enfermedades, cuando se habló o se habla del “psicótico”, el “obsesivo compulsivo”, “el depresivo”, “la histérica”, etc. Porque, como reiteramos, posiblemente el concepto de “enfermedad” no sea el más pertinente para referirse a las alteraciones y trastornos psicológicos, emocionales y/o conductuales con su carácter

“etiquetador”, pero ello no nos puede conducir a evadir su uso y a ignorar las razones por las cuales existe.

Como puede apreciarse, al estar profundamente entronizada su historia dentro del modelo médico, la definición del concepto de “enfermedad mental” encuentra su expresión en las más relevantes Clasificaciones Diagnósticas existentes (DSM y CIE), formuladas en categorías nomotéticas o taxonomías, que han sufrido importantes cambios a lo largo de diversas ediciones, lo que se explica por el hecho de que tales clasificaciones no son verdades establecidas, sino construcciones para su explicación de las personas implicadas en su elaboración.

Como digresión al margen, valga señalar que los defensores de las clasificaciones señalan que una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales encasilla a las personas; lo que realmente hace es catalogar a los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, se recomienda evitar el uso de expresiones como “un esquizofrénico” o “un alcohólico” y se prefiere el empleo de las frases “un individuo con esquizofrenia” o “un individuo con dependencia del alcohol”.

En su historia, las Clasificaciones (DSM del I al V) han eliminado, modificado y sobre todo han incrementado de manera notable la cantidad de “entidades” clínicas; así, debemos notar que ha habido un firme aumento en el rango de los problemas humanos que han venido incluyéndose dentro del campo de la salud mental:

Muchas de las clasificaciones de “nuevas” enfermedades tienen una profunda determinación cultural y social, así en los años 90 se produjo el *boom* de las “anorexias” cuando se entronizó el modelo de belleza femenina, como el de una delgadez extrema a la que aspiraban las jóvenes —y no tan jóvenes— en tanto en las últimas décadas se ha incrementado el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal (conocido como dismorfobia) o somatomorfo, relacionado de manera estrecha con los patrones de belleza muy exigentes de la postmodernidad.

Otros trastornos han adquirido una popularidad descomunal, como es el caso de lo que alguna vez fuese simplemente denominado como hiperactividad o hiperquinesis, y que en las nuevas clasificaciones se define como el más sofisticado Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención (AD/HD)... con el que han sido diagnosticados millones de niños, desde aquel que es un verdadero ciclón que nunca se está tranquilo, hasta aquel que un día se distrajo durante una clase,... y todos son medicados en exceso por igual.

Por el contrario, otras clasificaciones se han replanteado o han encontrado nuevas denominaciones. Así, por ejemplo, el **autismo infantil**, rara vez identificado tras su definición y descripción por Leo Kanner en los años 40 del pasado siglo, ha pasado a ser una taxonomía de frecuente uso, tanto que las nuevas clasificaciones prefieren hablar de diferentes manifestaciones del “espectro autista”, como si existiera un autismo “suave” o blando en un extremo y el cuadro severo descrito inicialmente en el otro extremo... incluso se ha llegado a hablar de un “autismo adquirido” por adicción a las computadoras o video juegos.

De igual manera, la **homosexualidad** que una vez fuera considerada una severa aberración sexual, desapareció definitivamente de las clasificaciones en los años 80, y es considerada en la actualidad como expresión de la diversidad y preferencia de las personas, al extremo que se renuncia a la categorización

de Homosexualidad (Hx) para definirse como Hombres que tienen relaciones con otros Hombres (HsH), naturalizando y legitimando esta manifestación de la sexualidad.

Otros trastornos que tuvieron durante años una muy sólida presencia en las clasificaciones, ya no se consideran más como enfermedades o asumen nuevas taxonomías y explicaciones, como es el caso de las neurosis, la histeria y de manera reciente las esquizofrenias. Obviamente, este hecho no es pasado por alto por la mayoría de los profesionales que con honestidad se desempeñan en el campo de la llamada “enfermedad mental” y han cuestionado de manera severa este estilo clasificatorio, incluso, la última edición del DSM, la V, sale a la luz pública tras serios cuestionamientos acerca de su legitimidad y valor real. En otras palabras, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, científicos y críticos sociales han argumentado que el uso de metáforas médicas bloquea el conocimiento correcto y el tratamiento de los problemas psicosociales y deben ser abandonadas.

No se trata de un asunto nuevo, a mediados del pasado siglo surgió un movimiento seriamente cuestionador del término “enfermedad mental” (Szasz, 1961) que la considera como un **mito**, profundamente establecido desde lo cultural, que fuera lanzado a mediados del siglo pasado por el psiquiatra Thomas Szasz, propulsor de lo que dio en llamarse la “antipsiquiatría”, quien aseveró que el concepto de la enfermedad mental no es nada más que una narración conveniente. Szasz afirmaba que la mayoría de los síntomas mentales no pueden estar relacionados con correlatos biológicos, y que lo más conocido de ellos es que se trata de las comunicaciones que el paciente ofrece, las cuales están matizadas por sus creencias sobre sí mismo y el mundo, que son necesariamente partes de su contexto social y ético, y como tales deben ser tratados.

Refiere Szasz que bajo la apariencia de la atención médica los “desviados” son juzgados, etiquetados y estigmatizados, pero lo que se estaría juzgando no es competencia de la medicina a la que no corresponde juzgar los asuntos éticos y sociales que son los realmente presentes. Y así argumenta que “la enfermedad mental es un mito cuya función es disfrazar y, por lo tanto, hacer más aceptable el trago amargo de los conflictos morales en las relaciones humanas” y señaló que los disturbios psicológicos deben ser “[...] considerados como la expresión de la pelea del hombre con el problema de cómo debe vivir” (Szasz, 1961). En consecuencia, el paciente debe tener el derecho de determinar cómo y por qué debe cambiar su comportamiento, a la par que también debe ser responsable de sus actos.

Dentro de las críticas y posibles peligros que se señalan a la excesiva mirada médica del paciente mental desde un modelo de la enfermedad que enfatiza los temas patológicos en la vida y descuida las fuentes de competencias y fortalezas en el desarrollo de personalidad, con una sobre dependencia de metáforas médicas para la conceptualización y el tratamiento de los problemas psicológicos, se encuentran los siguientes hechos:

1. Tanto implícita como explícitamente se hace un **mayor énfasis en los factores biológicos** que en los psicológicos o sociales.
2. El modelo tradicional de enfermedad resalta la decisiva importancia de la **calificación médica**.
3. El énfasis sobre la enfermedad dirige la atención a una búsqueda de etiologías, terapias y prognosis específicas. El énfasis exagerado en el diag-

- nóstico puede desviar la incumbencia del propósito final de **promover el cambio** en el comportamiento y la filosofía existencial de las personas, en aras de su óptimo bienestar e integración social.
4. La visión del **paciente como pasivo dependiente del cuidado** del experto es sobredimensionada, perpetuando un modelo desigual de relación profesional en términos de poder.
 5. El **rol autoritario y asimétrico** de los modelos de intervención psicológica es perpetuado.
 6. Con el diagnóstico taxonómico, hay peligros de **fomentar la tendencia a etiquetar y estigmatizar**.

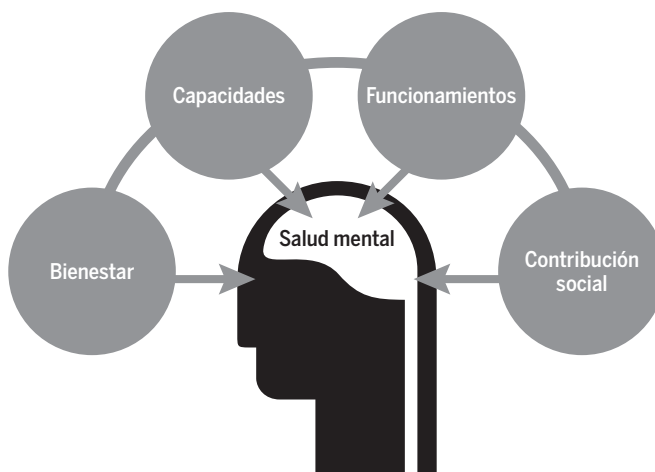
Una postura consecuente conduciría a negar definitivamente entonces eso que llaman “enfermedad mental” y comulgar con la perspectiva postmodernista de que se trata de cómo cada persona construye su existencia individual..., sin embargo, en aras de la polémica y desde la mirada del “abogado del diablo”, ¿no existen múltiples problemáticas donde las manifestaciones psicológicas, conductuales y emocionales, no asumen proporciones tan dramáticas que llegan a “enfermar” a la persona..., no solo a su bienestar subjetivo e integración social, sino a su ser físico y orgánico en su totalidad?, porque:

- Es legítima y hasta natural, aunque tenga cierta intensidad, una incómoda —aunque tal vez “sana”— tristeza, pero, ¿no es una verdadera enfermedad una depresión profunda, paralizante y sostenida en el tiempo, con serio riesgo vital?
- Es legítima y hasta natural la constante inquietud de una persona ansiosa, que a veces hasta desespera a quienes le rodean, pero, ¿no es una verdadera enfermedad la recurrente crisis de pánico que pone a la persona en situaciones de casi constante terror..., que tiene incluso un severo impacto sobre todo su organismo?
- Es legítimo y hasta natural el apasionado gusto por el orden y la meticulosidad de muchas personas, aunque a veces se conviertan en una desagradable complicación para sus vidas y las de los demás, pero, ¿no es acaso un verdadero martirio un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en que la vida se convierte en una verdadera cadena de rituales que liquida toda autonomía y libertad individuales?
- Es legítima la fantasía y hasta constante fabulación de una persona soñando y creándose una vida mejor o al menos distinta, pero, ¿no es una verdadera desdicha humana la ruptura con la realidad existente en los llamados cuadros psicóticos, en particular, la esquizofrenia, en que los delirios y/o alucinaciones presentes parecen perseguir a la persona hasta en sus sueños?

En consecuencia, se debe ser muy cauteloso antes de decidirnos a desechar del todo el concepto de “enfermedad mental”, y, por el contrario, ética, práctica y profesionalmente podemos reservarlo para situaciones en que, de manera evidente, la magnitud de la problemática a que nos enfrentamos tenga un nivel de severidad tal que genere sufrimientos similares, o peores, a los que acompañan a cualquiera de las enfermedades orgánicas, identificables con mayor facilidad, aunque no siempre, mediante modernas tecnologías diagnósticas (tomografías, radiografías, análisis clínicos, etc.) o mediante la lamentablemente cada menos

utilizada pericia del clínico; para la mayoría de las enfermedades mentales, de hecho no existen tales correlatos a pesar de intenciones imagenológicas y otras de alto nivel de sofisticación tecnológica recientes.

Al tomar partido en la polémica, considero que para las situaciones extremas, reconocibles con claridad, resulta válido conservar la expresión “enfermedad mental”; pero hacerlo a sabiendas de que la salud es una sola, de que no se puede escindir “lo mental” del organismo como un todo, y de que se está trabajando con un constructo que en consecuencia debe tener siempre presente la milenaria afirmación de la medicina de que “no existen enfermedades, sino enfermos”..., y que solo con fines didácticos y de comprensión se hace tal delimitación.



No obstante, se introduce aquí un nuevo dilema, ¿cuál es el límite a partir del cual decir que si hay o no una enfermedad mental?, ¿cuáles serían los criterios para una “zona de duda”? Esto nos conduce directamente hacia otro de los términos que más polémicos resulta, en lo referente a la salud psíquica de las personas, el referido al término NORMALIDAD, cuyas fronteras con lo patológico han devenido, cada vez más, difíciles de definir.

El concepto de normalidad

Lo que consideramos normal y lo que consideramos anormal, perturbado o psicopatológicamente obvio tiene gran importancia para la psicología clínica y psiquiatría. Sin embargo, todavía, no hay un consenso claro respecto a una definición de la normalidad contra la que determinadas clases de comportamiento supuestamente desviado o desordenado pueden ser considerados anormales. Las discusiones de la normalidad y la anormalidad, la salud mental y la enfermedad, están de manera inevitable llenas de términos de valoraciones. Analicemos con Korchin (1979) algunas maneras frecuentes de comprender la normalidad.

La normalidad como la salud

A pesar de su casi evidente connotación tautológica, es esta una de las más comunes formas de comprender la normalidad, es decir, “estar normal es estar bien”, “ser normal es funcionar de una manera correcta”, “lo normal es lo ade-

cuado”; a pesar de lo difícilmente atrapables que pueden ser los conceptos de “bien”, “correcto” o “adecuado”. A modo de digresión, en el argot popular actual de la juventud es frecuente que ante la pregunta “¿cómo te sientes?”, el interlocutor responda “inormal!”; ante la pregunta de “¿cómo te fue en la prueba?”, el interlocutor responda también “inormal!”; y ante la pregunta “¿cómo está la familia?”, también el susodicho “inormal!”. En todos los casos con una especie de connotación de “sin novedad en el frente”, todo marcha según lo deseable desde el sentido común, aunque no quede muy claro que es lo deseable, pero en este entorno es que anda la persona.

En este sentido, común, tanto para la medicina tradicional como para el uso cotidiano de las personas, la normalidad querría decir en lo esencial “No Enfermo”: si ninguna patología gruesa está presente, el comportamiento de la persona y ella misma como tal es visto como *normal*. La normalidad es entonces la gama amplia de funcionamiento que tiene en común que no representa un estado de enfermedad, y por oposición equivaldría a la salud. En este contexto se dice que la salud hace referencia a un estado razonable más que a uno óptimo, adquiriendo relevancia la clásica expresión de John Bowlby de que lo importante es estar “suficientemente bien” (*enough good* en lengua inglesa), con independencia de que algunas cosas no funcionen de manera ideal.

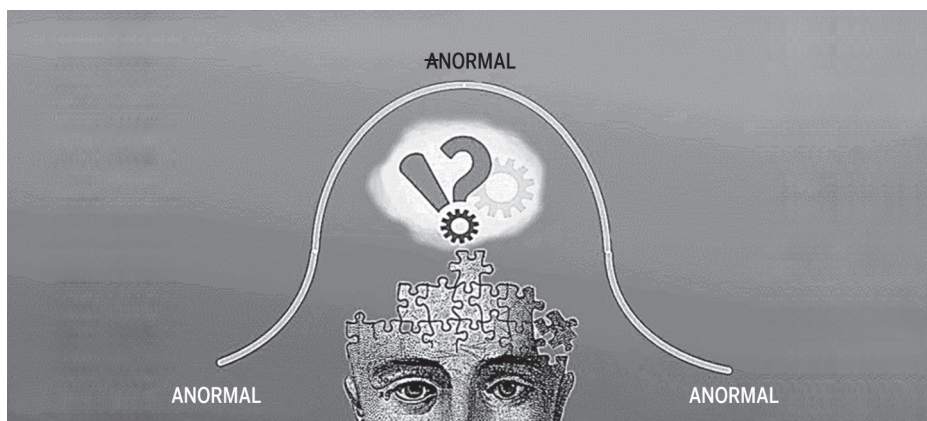
Normalidad como ideal (utopía)

Por contraste, una segunda perspectiva busca una definición de la normalidad en relación con un estado deseable ideal, que describe un funcionamiento óptimo de personalidad más que uno razonable o corriente. Las miradas extremas de una salud mental positiva o aquellas que enfatizan el objetivo de una casi perfección del desarrollo psicológico como la “autoactualización”, hacerse una “persona funcionando completamente”, o la consecución de una “personalidad madura” son de esta clase.

Tales definiciones de la normalidad aparecen a menudo en las discusiones de las metas ideales de psicoterapia, en particular, cuando se hace referencia al no menos polémico término de “curación”, tratándose de una mirada que entra en contraste con una mirada más pragmática del tratamiento, como quitar síntomas y restituir el bienestar (conseguir la normalidad como salud). Lo que acontece es que desde esta utópica perspectiva, la *normalidad* puede estar reservada para unos pocos —si alguno— mortales vivientes, obviando una inteligente afirmación de Eduardo Galeano de que “los seres humanos estamos mal hechos, aunque afortunadamente aún no estamos acabados”, lo que descalifica la perfección, al tiempo que reivindica la perfectibilidad, legitimando la falibilidad humana; tal vez en ello estaba pensando Freud cuando caracterizó la normalidad como una ficción ideal.

Normalidad como promedio (average)

Una tercera perspectiva se deriva de la estadística y la medición. Si cualquier característica humana es medida, los valores caen a lo largo de una curva campaniforme de “normalidad”; la mayoría se agrupará cerca del centro y crecientemente menos casos se ubicarán más lejos de la *media*. Dentro de tal concepción estadística, debe ser notado que lo considerado normal es aquello que se encuentra en el promedio, representando a la mayoría y sus *naturales* tendencias similares, mientras que ambos extremos son considerados anormales, estigmatizando de oficio a todo aquello que resulta *diferente*.



Normalidad como lo socialmente aceptable

Una perspectiva relacionada de la normalidad, muy concernida con la anterior, está basada en la premisa de que el comportamiento puede ser juzgado solo en relación con el contexto social dentro del que ocurre. Si cumple con las expectativas normativas de la sociedad, es normal; si no lo hace, es desviado o anormal. Algunos científicos sociales han defendido el punto de vista de que lo que los clínicos conciben como aberraciones de personalidad debe ser comprendidos como desviaciones sociales y que consecuentemente las definiciones de universalidad de la salud y la enfermedad están equivocadas.

De manera simplificada podríamos afirmar que la palabra clave para hablar de la normalidad como promedio es la "mayoría", y para hablar de la normalidad como lo socialmente aceptable la palabra clave es "adaptación", uno de los más polémicos conceptos en el contexto de las ciencias sociales y humanísticas por la aparente connotación de pasividad que le otorga a la persona.

Según Ralph Unton, citado por Korchin (1979):

[...] la prueba de normalidad absoluta es la capacidad del individuo de percibir la realidad, tal como es comprendida y aceptada por su sociedad, para actuar en términos de dicha realidad, y ser eficazmente modelado por su sociedad durante su desarrollo. La prueba de la relativa normalidad es la extensión en que la experiencia del individuo le ha conformado una personalidad ajustada a la personalidad básica de su sociedad [...]

Así: 1. hay algunos comportamientos considerados normales en nuestra sociedad que son considerados anormales en otras, 2. algunos comportamientos considerados anormal en nuestra sociedad son normales en otro lugar, y 3. se ha podido apreciar que hay formas de disturbo psicológico encontrados en otras culturas que no son conocidas en la nuestra.

De igual manera, es real que, incluso, entre las subculturas de una sociedad compleja como la nuestra hay diferencias inmensas en cuanto a las normas sociales, que harían de un esperable y aprobado comportamiento particular en un lugar, el que fuera condenado en otro.

Resulta innegable que el clínico de manera imprescindible debe conocer e interpretar el contexto social donde cualquier persona se desenvuelve cotidianamente si pretende comprender el funcionamiento y los problemas de su personalidad. ¿Pero quiere esto decir que no hay criterios fuera de los generados

por la cultura en que el comportamiento y la subjetividad individuales puedan ser definidos como normal y anormal?... Un acto culturalmente determinado desde el punto de vista de otra sociedad podría parecer un síntoma psicopatológico en nuestra propia sociedad, y viceversa, pero tal examen no es acompañado por la asunción de una perspectiva idiográfica, centrada en la persona concreta y los malestares subjetivos que ella pueda vivenciar como consecuencia de adaptarse a las demandas sociales concretas, como la ansiedad lindante con el pánico, las manifestaciones defensivas, y experiencias compulsivas que son marcas distintivas de la psicopatología individual más allá de contextos sociales concretos.

Uno de las dificultades de concebir la normalidad desde una perspectiva, tanto cultural como estadística es el peligro de identificar la normalidad con la conformidad y a la inversa, la anormalidad con la inconformidad, la originalidad, o la individualidad. Mientras que es cierto que los actos de las personas trastornadas a menudo se burlan de las normas sociales, es también verdadero que la adhesión rígida a las normas puede demostrar patología mucho mayor, aun cuando estas vulneran la dignidad humana.

Y es que, desde el punto de vista de la salud psicológica, lo que importa es el dinamismo interno del accionar, más que el grado en que el comportamiento se ajusta a la expectativa social. Por otro lado, la inconformidad voluntaria —incluso a la extensión de la resistencia pasiva— podría ser la marca de una personalidad sana, actuando con la convicción sobre sus propios valores, y con irreverencia ante aquello que no considera representativo de la dignidad humana. Korchin (1979) hace una interesante de lo anterior cuando afirma:

En este punto, debo expresar un prejuicio enérgicamente sostenido contra el uso del término "ajuste" (o adaptación en la salud mental). La imagen que me trae a la mente, es del acuerdo de la persona a la norma social, con poca preocupación por su individualidad. Cuando escucho la frase, "un niño equilibrado", tengo un escalofrío leve, esperando ver a un joven manso, inofensivo, complaciente y disciplinado quien ha sido comprimido en un molde de apariencia esperada.

La normalidad como proceso

Todos los referentes anteriores de la normalidad, con sus alcances y limitaciones, tienen una mirada de corte transversal, es decir, la evaluación de la salud o la enfermedad en un tiempo y espacio determinados. Sin embargo, algunas teorías intentan caracterizar la normalidad desde una mirada más longitudinal en términos de procesos a lo largo del tiempo más que desde una perspectiva transversal. Enfatizan la naturaleza evolutiva de los sistemas biológicos o psicológicos, y con ello refrendan el principio del desarrollo, de modo tal que la evaluación de un comportamiento especial podría cambiar dependiendo del momento del ciclo vital de la persona. Por estas razones, Erikson ve la clave del desarrollo de la personalidad en relación con el dominio exitoso de etapas sucesivas del desarrollo, que conducen a un funcionamiento adulto y la normalidad. Son los procesos temporales, en vez de los estados, el camino que define la normalidad, lo que ofrece una perspectiva más optimista y creyente en el desarrollo del potencial humano.

Un concepto de la salud psicológica y la anormalidad

Aunque no de manera absoluta, una persona puede ser considerada normal, sin duda, si no está de manera evidente enferma, si está en el promedio, si se

ajusta a las normas sociales, o si se aproxima a los estándares deseables de una personalidad madura y sana de manera ideal o funcionando en su totalidad. Con certeza, también se puede ver una especie de continuo con un rango que va desde la persona perturbada de manera excesiva, hasta el adecuado estado convencional de la persona creativamente madura, cosa que hacemos a menudo tanto en el consultorio clínico como en la vida cotidiana corriente. ¿Existirá entonces un criterio sólido para conseguir una definición general de la salud psicológica, será necesaria dicha definición?, y si es así, ¿dónde posicionarse entre estas alternativas? (Korchin, 1979).

Tal vez conociendo de antemano que tendrá un alcance limitado, pero todo parece indicar que es necesario, para el clínico individual, y para el campo como un todo, tener al menos una aproximación a un concepto distintivo de la salud psicológica, aunque el concepto emerja ya lastrado por objetivos cuestionamientos. Se trataría de una conceptualización que guíe el pensamiento sobre los trastornos y alteraciones emocionales y conductuales, los modos y los objetivos del tratamiento, y en general, la planificación de los servicios de salud mental (Korchin, 1979).

Según Korchin, refrendando el primer principio ético de beneficencia y no maledicencia, un concepto de salud psicológica debe concentrarse en un estado que enfatice el “bienestar positivo” del **quien** recibirá los servicios, más que en criterios sobre la enfermedad, lo estadístico, o la conformidad. Y obviamente ello lleva implícita una declaración de valores y, en ese sentido, es requerida una postura ética más que científica, lo cual no siempre es comprendido en muchos sectores.

No son pocos los intentos que han existido de describir la salud mental en términos ideales, que han culminado en listas de cualidades que caracterizan a la persona madura y sana, autoactualizante, y completamente funcionando. En el análisis de estos intentos, hay consenso considerable entre las concepciones propuestas, al menos en la sociedad occidental en que los mismos temas generales emergen para hablar de la “personalidad sana”.

Como figura y expresión representativa de lo anterior Gordon Allport (1961), establece la “personalidad madura” como sinónimo de la solidez de la salud mental, expresada en seis cualidades relevantes:

- a. La extensión del **sentido de identidad propia**, que involucra la participación auténtica en esferas importantes de la empresa humana más allá del interés especial inmediato, y la capacidad de implicarse en la vida en tanto persona.
- b. La **cálida relación con los otros**, en lo esencial derivada de la anterior, en que debido a la auto extensión y capacidad de trascender los límites del propio “yo”, la persona madura es más capaz de comunicación e intimidad con los otros, así como también de respeto y humanidad por aquellos.
- c. La **seguridad emocional** que involucra la autoaceptación. Esto es reflejado tanto en la tolerancia a frustración como en la capacidad de confiar y retomar proyectos de vida que hagan de la persona un ser proactivo.
- d. La **percepción realista y objetiva** del transcurso de la existencia cotidiana, unido al desarrollo de destrezas y competencias, y la capacidad de dar respuesta eficaz y eficiente a las demandas de la vida. Incluye no solo el juicio cabal, sino también la competencia para centrarse en el problema y entregarse a actividades significativas en su vida.

- e. La **autoimagen objetiva**, aceptada, respetada y empeñada en mejores resultados. Implica la perspicacia (*insight*) y el humor, en tanto conocerse a sí mismo y tanto vanagloriarse como reírse de uno requiere el desinterés y distanciamiento maduro;
- f. Una **filosofía unificadora de la vida**, es decir, una cosmovisión inteligente en que la persona madura tiene un claro sentido de la dirección y el propósito de su vida, así como una filosofía personal amplia y constructiva.

Puede apreciarse que a través de la superposición de conceptos y términos alternativos que se solapan, emerge una imagen coherente de lo que significa una personalidad sana y madura. Así, una persona sana es altamente diferenciada y bien integrada; está más motivada por las necesidades de abundancia que por las carencias y deficiencias, posee un fuerte sentido de identidad personal, una autoestima realista y objetiva, tiene una madura capacidad de distanciamiento (*detachment*), así como sensibilidad para consigo mismo y los demás (Korchin, 1979).

La personalidad madura tiene un sentido del alcance y limitaciones de sus verdaderas competencias psicológicas (aprendizaje, memoria, solución de problemas). Su ego es fuerte, pero altamente dúctil y con una adecuada tolerancia al fracaso, asimilación y adaptación a los cambios; su comportamiento es flexible a las inevitables cambiantes condiciones del entorno y los diferentes momentos del Ciclo Vital; tiene una considerable tolerancia al estrés, sus activos recursos de afrontamiento resultan más evidentes que los automáticos mecanismos de defensa.

Dentro de las posibilidades ecológicas y socioeconómicas de su contexto, es un agente autónomo, que maneja los problemas y demandas, más que ser el objeto pasivo de las fuerzas y demandas del entorno, el orden social o los impulsos (*drives*) internos; posee un sentido seguro de su ser y valer, eso que de manera común llaman autoestima, en que su conciencia y valores son coherentes, conscientes, y bien integrados, pudiendo ser sensitivo, empático, y cariñoso hacia los otros; de manera categórica, la personalidad sana, equivalente a eso que llaman salud mental, vive contenta y satisfecha, aunque ello no excluye inconformidades constructivamente manejadas, es bien evaluado y estimado por los otros. Es en esencia aquello que Carl Rogers (1961) llamó "permanecer vivo" (*stay alive*).

Y no se trata de demostrar que tal persona es una especie de supra humano, alguien sin conflictos, ansiedades o preocupaciones, o incluso momentos de egoísmo y maledicencia, ino se debe nunca ignorar la **falibilidad** del ser humano! Porque debido a sus elevados modelos ideales y metas, su autoconfianza puede extralimitarse y conocer del error y la frustración con el dolor y las emociones negativas que ello conlleva, puede entonces lastimar a los otros y sentirse culpable por ello. De igual manera es capaz de actos tontos o idiotas, no pensados y desconsiderados, no menos que autolacerantes y contraproducentes para sí mismo. En su espontaneidad y deseo y apertura experiencial, en su buena voluntad de aceptar los retos y desafíos de la vida "porque están ahí", también para él la derrota y desesperación son riesgos predecibles. Pero lo que distingue a la persona mentalmente sana es que todo esto no lo conduce a la retirada defensiva, la cólera hostil, o a maniobras ficticias para salvar las apariencias. Por el contrario, la adversidad es contrarrestada tanto como resulta posible, pero sobre todo convirtiéndose en base para el aprendizaje

y sabiduría adicional. Es así portadora de eso que en las últimas décadas se ha definido como “resiliencia” (Walsh, 2000) o capacidad para crecerse ante las adversidades “a pesar de”, una competencia para continuar su crecimiento de manera indefinida, sin que ello signifique la ausencia de dolor o sufrimiento.

Como puede apreciarse, esta construcción de la salud psicológica está dada indudablemente en términos muy generales y fenomenológicos, de difícil operacionalización y no atrapables metodológicamente de manera fácil (términos como *adecuado*, *correcto*, *óptimo*, *relativo*, etc., no resultan fáciles de demostrar en todo su alcance), pero, aun así, ilustrativa de una búsqueda deseable del óptimo funcionamiento humano, a riesgo de ser censurada como utópica. Porque con ella se ha querido retratar el estado positivo, optimista (Seligman, 2002) que puede servir como un referente ideal contra el que la incapacidad o debilidad de una persona pueden ser vistas y, más importante aún, describir el estado de fortalezas hacia el que los profesionales de la salud debemos querer verlo crecer y en esa dirección dirigir nuestros esfuerzos.

Se trata de una construcción idiográfica (Bernstein, 1981) que se concentra en los atributos positivos del ser humano, en el respetuoso rechazo intencional —que no significa ignorancia en un mundo en que todo está multideterminado e interconectado— de criterios patológicos y estadísticos, o culturales. En la práctica, por añadidura, los criterios conceptuales requieren una constante revisión en relación con los comportamientos reales de personas particulares que viven bajo circunstancias de vida especiales.

Un sentido firme de la identidad personal, por ejemplo, denota salud, aunque su contenido y las condiciones bajo las que se desarrolla podrían ser de manera amplia diferentes. Es en realidad verdadero que las culturas también difieren bastante en los estreses que ponen sobre los individuos, y es cierto que también se producen cambios a lo largo del tiempo en una sociedad particular, a los que la persona tiene que responder.

Tampoco puede pasarse por alto lo que acontece en la poco accesible naturaleza de la subjetividad y el mundo interno de la mayoría de las personas, cuando se debaten en complejos debates existenciales que no llegan a trascender a su desempeño externo, pero le pueden llevar a estados o severos momentos y procesos conflictuales en su vida de manera compleja, aunque estos no trasciendan a los demás; son interesantes al respecto las palabras del poeta Jacinto Benavente, acerca de que “si la gente nos oyera los pensamientos, pocos escaparíamos de estar encerrados por locos”. Lo cierto es que, aunque en diverso grado, en cada persona individual están presentes tanto las potencialidades para la destructividad y la auto destructividad, como las potencialidades para la recuperación, la implicación, el crecimiento, y la creatividad.

La personalidad patológica

De igual manera, que asumimos el riesgoso y siempre vulnerable propósito de construir una imagen de la personalidad “sana”, portadora de salud mental, resulta necesario brindar una imagen de aquella patológica y que en sus grados extremos tendría el dudoso mérito de ser clasificada en los Manuales Psicopatológicos existentes. En general, por antonomasia y desde un casi excesivo pragmatismo, una persona con su salud mental comprometida pudiera ser caracterizada por lo contrario de los rasgos que describen la salud psicológica en dependencia del tipo de disturbio y su extensión; así en diverso grado que pudiera moverse desde una cierta “desviación de la normalidad” compatible

con un “aceptable” funcionamiento cotidiano hasta severas debilidades, la persona no sana mentalmente carece de o resultan débiles el control voluntario, la fortaleza del ego, la flexibilidad, y su capacidad de adaptación; se experimenta a sí mismo como débil e indefensa (Seligman, 1998) entre intensas fuerzas, tanto internas como sobre todo externas, incontrolables; su autoconcepto es distorsionado e irrealista, carece de una sólida autoestima o tiene una noción exagerada de manera infinita e injustificada de su mérito.

Es alguien llevado por motivos de deficiencia, se centra mucho más en lo que no tiene que en lo que ya ha alcanzado, aunque esto último sea bastante; sus impulsos básicos son puestos de manifiesto en acciones torpes e impulsivas que laceran a los demás, e incluso, a sus propios propósitos, o en la inhibición y bloqueo de acciones necesarias de acuerdo a las demandas de la situación; las emociones negativas son intensa y dolorosamente vivenciadas, afectándole más que las emociones positivas como las experiencias de júbilo, amor, o logro, deviniendo un eterno inconforme; a pesar de sus frecuentes y rígidas maniobras defensivas, centradas más en la posposición de los problemas que en su solución, cristalizadas en síntomas (pérdida de sueño, irritación, temores, etc.), la sensación de amenaza está siempre presente y con ella, la ansiedad y preocupación, por “algo” real o potencial que habrá de acontecer; su conocimiento de sí mismo es negativo y engañoso, autodecepcionante.

En consecuencia es regularmente incapaz de ser en realidad empático con los otros, quienes lo perciben en ocasiones como peligroso e impenetrable, absorbente, entrometido y hasta invasivo de la vida de los demás, en otras ocasiones como ermitaño y hostil, y quizás patético, pero no digno de respeto; sus funciones psicológicas básicas pueden estar alteradas; la percepción, el aprendizaje, la memoria y sus competencias para solucionar problemas podrían estar mal comprendidas y determinados por la necesidad individual más que por una realidad apropiada, pudiendo reflejar formas más características de niveles de desarrollo inferior. En resumidas cuentas, es miserable para sí mismo y perturbador para los demás.

Sin embargo, debemos recordar una vez más que hay un continuo de lo anormal a la normalidad y que los límites son efectivamente confusos con frecuencia en función tanto de momentos existenciales de las personas como de demandas contextuales difíciles de definir, desde una concepción transaccional del individuo con su entorno (Lazarus & Folkman, 1986). Reiteramos que, en términos del estado psicológico general de la personalidad, las personas individuales pueden ser colocadas, aunque no de manera estática, sino sumamente móvil y dinámica, desde un polo de la desorganización completa y la franca patología que adquiere espacios legítimos en los Manuales, hasta un polo de salud heroica. Pero es también verdadero que, en situaciones diferentes, en esferas diferentes del comportamiento, y en momentos diferentes, cualquiera de nosotros sin exclusión, podía aparecer más o menos anormal. Hay pocos actos que, como tales, son patológicos de manera rotunda, y asumiendo una vez más la postura del “abogado del diablo” son interesantes las ya milenarias palabras de San Agustín, acerca de que “una vez al año es lícito hacer locuras” o las de Séneca de que “no ha habido hombre de genio extraordinario sin mezcla de locura”.

Es también un hecho que, es bajo condiciones de estrés cuando las demandas extremas, ambiguas o inauditas están presentes es que, tanto las fortalezas como las debilidades de la organización de personalidad aparecen más evidente

y con intensidad, a la par que definitivamente, debemos reconocer que, no solo bajo condiciones estresantes, el funcionamiento puede estar reducido o distorsionado en una esfera, aunque puede resultar normal en otra; una simpática afirmación ilustra lo anterior, "puedo estar loco, pero no soy estúpido".

Reviso con detenimiento lo escrito hasta aquí y me surge la duda de si habré esclarecido los términos o habré introducido más confusión; pero si fue esto último, y el lector empezó a pensar con seriedad en los términos realmente polémicos del asunto que nos ocupa, en consecuencia con la frase de Arturo Graf que dio inicio a este ensayo, pues entonces me sentiría muy satisfecho y me atrevería a despedirme con otra frase, ahora del escritor estadounidense Charles Bukowski, cuando afirmaba que "alguna gente no enloquece nunca, qué vida verdaderamente horrible deben tener!"

Salud Mental

50% de las de las enfermedades mentales en adolescentes en el mundo surgen antes de los **14 AÑOS**

Las enfermedades mentales son la causa más frecuente de **INCAPACIDAD** en adolescentes del mundo y afecta **TODOS** los aspectos de **SALUD Y DESARROLLO**

↓ ↓ ↓

FÍSICO **MENTAL** **SOCIAL**

DEPRESIÓN ocupa el **TERCER LUGAR** en las enfermedades más comunes en la población en el mundo

SUICIDIO Es la **SEGUNDA** causa de muerte en jóvenes de **14 A 29 AÑOS**

800,000 personas mueren mundialmente al año por esa causa

Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud
 www.paho.org

Guía para la familia del paciente psiquiátrico

- ▶ A continuación, brindamos algunos consejos y sugerencias prácticas a los miembros de la familia que tengan en casa algún familiar enfermo, para poder resolver situaciones y contingencias diarias que se puedan presentar.

Antes, debemos puntualizar que, la familia puede actuar de manera negativa influyendo en el desarrollo de la enfermedad o impidiendo su recuperación; pero también su influencia sobre el paciente puede constituir el factor decisivo del éxito de toda labor médica realizada por su beneficio.

- **CONOCER LA ENFERMEDAD Y ASPECTOS DEL TRATAMIENTO.** En primer lugar, la familia debe conocer bien el diagnóstico de su familiar enfermo, el médico tratante debe decírselo. El paciente debe ser puesto en manos de un médico psiquiatra competente para que dirija su tratamiento integral. Se debe evitar llevar al paciente al curandero, espiritista, herbolario, brujo u otro empírico, pues ellos no conocen estas enfermedades y, más bien, pueden retrasar la recuperación, e incluso, producir complicaciones. Muchos de ellos no pasan de ser más que simples charlatanes.
- **EFFECTOS COLATERALES DE LA MEDICINA.** Los medicamentos empleados para el tratamiento de los trastornos mentales pueden producir efectos colaterales desagradables, tales como: somnolencia, temblores, rigidez muscular, contracturas, constipación, sequedad de boca, visión ligeramente borrosa. La familia aprenderá a distinguir lo que son los síntomas de la enfermedad y lo que corresponde a los efectos colaterales de la medicación para evitar confusiones y falsas interpretaciones que, muchas veces, llevan a la suspensión o abandono del tratamiento por parte de la familia.
- **PROTECCIÓN Y CUSTODIA.** La familia le brindará protección y custodia solo cuando sea pertinente y muy necesario. Hay enfermos que no pueden valerse por sí mismos en la satisfacción de sus necesidades básicas; hay otros que necesitan vigilancia para evitar ciertos riesgos como, por ejemplo: impulsividad agresiva y destructiva, que ponen en peligro la integridad física de la familia, vecindario y del paciente mismo.
- **TRABAJO, ESTUDIO, MATRIMONIO.** Con la eficacia de los diversos medicamentos que hoy existen, más otros medios terapéuticos disponibles en la actualidad, muchas personas enfermas son capaces de hacer una vida sana y útil. Los estudiantes pueden seguir estudiando de acuerdo a sus potencialidades y habilidades que tienen o les queda como remanentes; otros pueden seguir trabajando dentro de la comunidad, mientras se están recuperando de una enfermedad mental. Es tiempo de quitar el velo de misterio y los estigmas que cubrieron y marcaron negativamente, desde antaño, al enfermo mental. Muchos creen que el enfermo de la mente no debe ni puede contraer matrimonio; si bien es cierto que este es renuente a casarse, esto ocurre de manera general con aquellos que tienen un fuerte deterioro mental.
- **TRATARLO COMO UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, NO EXCLUIRLO.** La familia debe actuar lo más normalmente posible, no hay razón para tratarlo en forma diferente. Ayudarlo a comprender que él o ella es un miembro importante del grupo familiar, y que forma parte del círculo de interacciones cotidianas. Incluirlo en las actividades recreativas, en los

quehaceres domésticos, en las discusiones y decisiones familiares. No aislarlo, no subestimarle, no sobreprotegerlo, no castigarlo o maltratarlo, no "encadenarlo". Si se está "portando mal" no es porque quiera o le guste, sino porque sufre un trastorno mental que le ha debilitado o anulado algunas facultades psíquicas como: su voluntad, juicio, instintos y su capacidad de darse cuenta de la realidad.

- **BRINDARLE TRATO HUMANO, CONFIANZA Y SEGURIDAD.** No mentirle al familiar enfermo. Procurar darle confianza, infundirle fe y esperanza. No discutir con él o ella; aclararle algunos asuntos, pero sin llegar a presiones, amenazas, insultos o agravios. A veces hay que hablarles con firmeza y autoridad sana, en forma clara y directa. El estímulo y respeto desarrollarán en el enfermo un sentimiento de autoestima positivo. Demostrarle, en forma abierta, cariño y amor; es probable que los sentimientos se mantengan igual como antes que el paciente se enfermara. En el caso de esposo o esposa, debe continuar un intercambio sexual sano. Ser prudentes y tolerantes, no divulgar ni comentar públicamente acerca de la conducta incoherente y contradictoria del familiar.
- **ALIMENTACIÓN, ACTIVIDADES.** Al paciente psiquiátrico es necesario darle una buena alimentación en calidad y cantidad, la medicación que consume, con frecuencia aumenta el apetito. Hay que prohibir la ingesta de las bebidas alcohólicas y café. Debe proporcionársele el suficiente tiempo para un buen descanso y sueño nocturno. No debe trasnocharse. Debe disfrutar de festividades recreativas y distracciones sanas. Practicar ejercicios o algunos deportes. Realizar tareas domésticas también son beneficiosas, sin exigencias de rapidez ni horarios rígidos.
- **CONTROL MÉDICO.** Es importante que el familiar continúe manteniendo consultas periódicas con su médico tratante, aun cuando se sienta bien, pues la recuperación es lenta y se deben evitar recaídas. Durante el tiempo que dure la recuperación el médico hará los ajustes y cambios de medicación de acuerdo a la evolución del paciente. Se incluye en el tratamiento, la psicoterapia individual y familiar, así como otros tipos de tratamiento. La familia debe responsabilizarse por el cumplimiento del tratamiento y de las citas médicas.

Cuestiones de psicoterapia y psicoterapia infantil. PREGUNTAS Y RESPUESTAS BÁSICAS

Aurora García

¿Qué es la psicoterapia?

En su acepción más amplia, podemos definirla como: todas aquellas acciones, técnicas y métodos que utiliza el especialista para ejercer una influencia en el sujeto que acudió en busca de ayuda, que le permita restablecer el equilibrio psicológico con el entorno, en el cual los mecanismos que ha asumido, no le provoquen displacer, daño, dificultades en la comunicación con los otros, o violen las normas sociales. Muchos autores incluyen en el propio concepto el uso de la palabra como técnica o procedimiento fundamental.

Si bien en los adultos y los adolescentes puede ser procedente, en el caso de los niños es indispensable sustituirlo por otros mediadores, no verbales. También es aplicable a grupos humanos específicos como parejas o familias. En estos casos la demanda puede ser requerida por un miembro aislado o como funcionamiento grupal

Entonces... ¿La mente enferma?

Existen clasificadores internacionales de los trastornos mentales y estadísticas de la incidencia de las enfermedades mentales. Incluso aparecen identificadas con esos términos, solo que no debemos verlos como un proceso de ruptura absoluta de la salud. Es decir, el proceso salud enfermedad es, o puede ser, un proceso gradual, continuo o con diferentes niveles de profundidad y no constituir necesariamente una enfermedad mental.

¿Y qué es un trastorno?

Así, como antes señalaba, también existen clasificadores nacionales e internacionales, los que coinciden en definir los trastornos como... "presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo" [Definición de "trastorno" mental según el Clasificador Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (CIE-10)].

¿Cuáles son las características básicas de los trastornos psicológicos?

Signos o indicadores que alertan de la presencia de un trastorno psicológico:

1. Presencia de emociones negativas o dolorosas (sentimientos de ansiedad, tristeza, depresión o irritación crónica).
2. Presencia de conflictos continuados en las relaciones sociales o familiares. El sufrimiento psicológico puede adoptar diferentes manifestaciones

de acuerdo al sentido, conciencia o explicación del malestar o síntomas que presente en cada sujeto.

3. Incapacidad para percibir deficiencias en sus procesos adaptativos en diferentes ámbitos de actuación: personal; social; familiar; escolar; laboral o físico.

La coherencia de la relación entre lo que el sujeto siente, por qué cree que lo siente, por qué cree que esta así y a quién va dirigido el sentimiento o las conductas, también varían y están en estrecha relación con las posibilidades de actuación del especialista. De ahí a que podemos de manera esquemática presentar cuatro manifestaciones diferentes de los trastornos.

1. Padecimiento, sufrimiento, manifestación o conducta, a los que las personas encuentran explicación. (que no necesariamente es una explicación lógica).
2. Padecimiento (sufrimiento, manifestación o conducta), que quién los sufre, no puede encontrarle explicación o sentido.
3. La persona que presenta el malestar (o síntoma) le encuentra sentido a su presencia (a la existencia en él de dicho malestar), pero las personas que lo rodean, los que están cerca de él, no le encuentran sentido.
4. Y un cuarto grupo que se caracteriza por hacer sufrir al otro, con independencia del grado de malestar subjetivo de esa persona.

¿De qué depende entonces la decisión de la propuesta de ofrecer intervención psicoterapéutica?

- Síntomas, aislados/síndromes, conjunto de síntomas/trastornos/estabilidad y estructuración de estos (que se repitan por un período y sean "observables").
- **RECURSOS ADAPTATIVOS:** capacidad de adaptación y funcionamiento ante situaciones nuevas.
- **HISTORIA DE VIDA:** acontecimientos e interacciones a lo largo de su vida (quién, dónde, cuándo, cómo).
- **EDAD DEL SUJETO:** para diferenciar lo "esperado" para la edad de lo diferente e inusual.
- Apoyo familiar y social/resiliencia.
- **DOTACIÓN PSICOBIOLOGICA:** salud y equilibrio entre los procesos biológicos y psicológicos.

¿Quiénes necesitan psicoterapia?, y ¿en qué casos resulta necesaria?

Todo aquel que busque ayuda especializada por no tener los recursos personales o la capacidad para visualizar y afrontar la solución a sus problemas subjetivos y objetivos, lo cual deriva en la afectación de su calidad de vida y capacidad de afrontamiento.

La psicoterapia resulta necesaria: cuando existe displacer, molestia o daño psicológico; cuando el sujeto se infringe daño físico, ya sea consciente o no de este; cuando existen dificultades severas en la comunicación social, o se violan las normas sociales.

¿Cuándo instaurar la intervención psicoterapéutica?

Cuando la complejidad del trastorno, los síntomas o las posibilidades de evolución satisfactoria rebasan los recursos de sujeto, la familia o las redes de apoyo

social. Cuando la falta de intervención oportuna puede derivar en factores de riesgo mayores, para la salud o la integridad de la persona, sea un menor de edad o un adulto.

¿A qué edad se puede necesitar psicoterapia?

Niños, aproximadamente desde los cuatro años. Hemos realizados grupos psicoterapéuticos en niños de tres años (succión del pulgar y entrenamiento de la socialización).

Adolescentes y jóvenes.

Adultos en general: medios y mayores.

En todos los casos es MUY importante tener en cuenta el acápite ¿de qué depende entonces...?

¿Existen diferencias genéricas, referidas al sexo?

Tributan, tanto mujeres como hombres, aunque puede haber resistencias por prejuicios y concepciones falsas. Este es un punto que puede desfavorecer el inicio temprano y oportuno de la búsqueda de “ayuda”.

¿Cuáles son algunos de los métodos de la psicoterapia?

La psicoterapia puede ser individual o grupal, de acuerdo a las necesidades, características psicológicas, sintomatología y posibles causas que han impactado o que continúan impactando.

Algunas técnicas individuales son:

- Técnicas de apoyo.
- Técnicas conductuales.
- Técnicas psicoanalíticas.
- Técnicas expresivas corporales.
- Técnicas cognitivo conductuales.
- Técnicas de arte terapia.
- Técnicas narrativas.
- Técnicas psicográficas.
- Técnicas grafoterapéuticas.
- Técnicas de acompañamiento psicológico.

Algunas técnicas grupales son:

- Técnicas grupales; psicodramáticas; narrativas; cuentos terapéuticos; el uso de títeres.
- Técnicas expresivas: psicográficas; modelado con arcilla; psicomotoras; expresión corporal.

Otras técnicas, o procedimientos, que se requieran para la intervención:

- Técnicas verbales: sugestivas; relajación; asociativas; intervención en crisis; representación; desensibilización; extinción de huellas.
- Técnicas no verbales o expresivas: Arte Terapia: música terapia, picto-terapia, psicomotoras, modelado en barro, expresión corporal; Grafoterapia.

¿Se planea la psicoterapia?

En la mayoría de los modelos terapéuticos se elabora una planeación mediante la elaboración de estrategias de intervención. Esto se hace considerando:

- Las características psicológicas del sujeto.
- Las posibles causas que hayan impactado o que continúen impactando.
- El tipo de manifestación adaptativa o psicopatológica que presente.

¿Puede evaluarse la “cura” psicoterapéutica?

Considero que la “cura” puede evaluarse en función del cumplimiento de las expectativas establecidas previamente, el sentimiento de bienestar subjetivo que manifieste el sujeto y que se aprecia en la ganancia de calidad de vida.

Y por fin... ¿la psicoterapia cura?

Si el “curar” es lograr que desaparezcan las quejas de sufrimiento psicológico y en algunos casos también fisiológico; si las razones por las que se acudió en busca de ayuda desaparecieron, o por lo menos ha adquirido recursos de afrontamientos más sanos y una mejor y mayor comprensión de sus fortalezas y debilidades... y este “nuevo estado” se mantiene estable podemos presumir que está curado, en tanto mejor preparado para afrontar las contingencias de la vida.

¿Hay una psicoterapia infantil?

El trabajo clínico infantil adquiere cada día mayor relevancia en su alcance, especialización y búsqueda de métodos de evaluación, diagnósticos y psicoterapéuticos cada vez más eficaces, dada la existencia en nuestro país, de una cultura psicológica acerca de la importancia del desarrollo armonioso de la personalidad desde edades muy tempranas. Esto nos permite detectar y tratar de prevenir, las alteraciones del desarrollo psicológico.

Nuestra responsabilidad, por tanto, como profesionales de la salud, consiste en lograr métodos y técnicas que nos permitan el mayor conocimiento de nuestro objeto de estudio y de esta manera mejorar la atención integral al niño psicológicamente alterado y su familia.

Si somos consecuentes y convenimos que el niño es una personalidad en formación, no debemos, por tanto, hablar de “enfermedad”, “patología” o “cura”, propiamente dicho, sino de señales, desviaciones del desarrollo psicológico (que no son más que los recursos que posee el niño en su búsqueda, intuitiva, del equilibrio con el entorno).

¿Por qué hablar de estrategias de evaluación, diagnóstico e intervención?

Si los síntomas son a su vez el equilibrio con el entorno, cabe la pregunta: ¿Tiene sentido la eliminación de aquellas señales que le permiten al niño el equilibrio con un entorno percibido como agresivo?

Si eliminamos las señales, ¿qué le dejamos a cambio si eliminamos sus propias defensas?

Y, por último, ¿cómo establecer las estrategias psicoterapéuticas si no realizamos el análisis de los mecanismos o “recursos” de que se vale el niño para mantener su equilibrio?

Una estrategia, por tanto, consistiría en mantener aquellos mecanismos que no resultan agresivos al sujeto hasta tanto hayamos esclarecido las causales de

la presencia de “síntomas señales” e investigar las razones psicológicas de ese síntoma y no otro. La razón de esta individualización del estudio, en función de la estrategia futura, consiste en la aceptación en el trabajo clínico de categorías teóricas que nos permitan comprender las “señales” de ese sujeto en su contexto, vivencias y características personalógicas.

¿La psicoterapia infantil es con los padres o con los niños y niñas?

Una característica del trabajo clínico-psicológico-infantil, consiste en la dependencia a los cambios y a la influencia de los adultos y que nuestro acceso a ellos está mediatizado por la familia. Tenemos, por tanto, la contradicción aparente, en nuestro objetivo principal, entre los “reclamos” que recibimos de los padres, y la dependencia de ellos para tener no solo el acceso al problema, sino poder mantener a los niños vinculados a la consulta para poder ejercer una acción interventiva o psicoterapéutica. Cuando digo contradicción aparente, me refiero al hecho de que llevar el niño a consulta debe implicar una conciencia de dificultades en el proceso formativo-educativo o de salud, las que no necesariamente coinciden las expectativas de los padres, con relación a lo que esperan de nosotros profesionalmente, y lo que consideramos lo más pertinente como estrategias psicoterapéuticas o de orientación.

Resulta necesario, por tanto, establecer los espacios psicológicos y definir los límites de cada uno, partiendo del respeto a su individualidad y el lugar que le pertenece dentro del contexto familiar, escolar y social. El acompañamiento psicológico constituye una vía factible y respetuosa de integrar el entorno para una intervención psicoterapéutica exitosa.

¿Se utilizan juegos en la psicoterapia infantil? ¿Por qué?

Otra particularidad consiste en el acceso al sujeto y la información, de manera tal que resulte lo más natural, cercana, accesible al lenguaje infantil y a sus intereses. El juego en todas sus variantes, la música, las diferentes manifestaciones artísticas y, sobre todo, en un espacio propicio, controlado y con objetivos bien definidos y dirigidos al logro de las expectativas establecidas para cada caso y para el grupo. Esto se realiza con la preparación de la familia, los maestros de manera integrada.

¿Qué exige la formación de los especialistas en psicoterapia infantil?

Por otra parte, la práctica en psicología clínica infantil como cualquier especialidad de la psicología clínica en su ejercicio, nos pone ante la disyuntiva de decidir cada día y en cada caso que es lo necesario; el AQUÍ-AHORA, el CÓMO y el PARA QUÉ, son preguntas que a diario nos planteamos cuando afrontamos el establecimiento de estrategias psicoterapéuticas. Estas preguntas que nos formulamos de manera sencilla, implican para el terapeuta el activar los recursos y la experiencia acumulada que posee, tanto por la responsabilidad que implica el trabajar con niños, como por la habilidad, flexibilidad, creatividad, conocimientos científicos y destreza que se requiere para hacer lo “adecuado” en cada momento.

El plantearnos el acercarnos a lo “adecuado” nos obliga, por tanto, a definir y esclarecer el alcance de nuestro trabajo, el cual radica en el sujeto-niño como protagonista y objeto de nuestra atención.

Lo “adecuado” consiste en mi criterio, en el logro del equilibrio y armonía en el desarrollo de la personalidad, lo que podemos evaluar mediante el grado

de satisfacción y bienestar que manifiesta el niño en su intercambio con el entorno. Un niño feliz: que juega y que siente satisfechas sus necesidades, es con toda seguridad un niño sano.

¿Cómo hacer psicoterapia Infantil?

Cada vez que debo afrontar la temática psicoterapéutica infantil me encuentro ante la disyuntiva de ser consecuente con una forma de concebir la problemática infantil como una especialidad flexible, creativa, donde concurren múltiples factores y que no puede ser abordada como la transposición mecánica de los métodos aplicados a la clínica general en cuanto formas de abordaje, objetivos y estrategias de intervención y la conceptualización del término psicoterapia en cuanto tratamiento de la psiquis, con las restricciones y principios preestablecidos para su aplicación... solo pretendo proponerles algunas ideas a modo de reflexión y provocación.

Si aceptamos conceptualmente la psicoterapia en su acepción más amplia, pudiéramos definirla como todas aquellas acciones, técnicas y métodos que utiliza el especialista para ejercer una influencia en el sujeto que le permita establecer un equilibrio psicológico con el entorno en el cual los mecanismos que ha asumido no provoquen displacer-daño, o violen las normas sociales, así como dificultades en la comunicación con los otros.

Nuestro sujeto, no concurre de manera espontánea a consulta, al menos ni en mi experiencia ni la de mis colegas recuerdo ninguna referencia de niños consultando al psicólogo y si nos ponemos a fantasear puedo representarme perfectamente a un niño darme quejas de los adultos que lo rodean, y no de lo mal que se siente.

La familia es la influencia menos variable y, por lo tanto, el peso de nuestra atención debe estar dirigido al niño para que logre un equilibrio que no le resulte agresivo, a la vez que “no lo perdamos” si no coincidimos con las expectativas de los padres, pero que si son capaces de asimilar conocimientos e instrumentos que les permitan afrontar de manera más consciente y elaborada la educación y acompañamiento a sus hijos.

¿Cómo hacer esto?

Considero que hay que ir al rescate del sujeto y su espacio psicológico dentro de la dinámica familiar, escolar y social. Analizar cada una de las señales-síntomas y determinar cómo se han estructurado, replanteando la relación sujeto-entorno, partiendo de sus potencialidades.

Por lo tanto, considero que en la mayoría de los casos que son traídos a consulta, más que patología, están presentes desviaciones del desarrollo de la personalidad y, por tanto, resulta válida una acción psicoterapéutica encaminada a atender esas desviaciones.

Si ya está claro el “sujeto” de nuestro trabajo: el niño; el objetivo de nuestro trabajo, un niño feliz, incorporado a su entorno a partir del respeto a su individualidad, a su espacio psicológico, e interactuando de manera equilibrada, el ¿cómo?, está en dependencia del sujeto, incluyendo todos aquellos que mediante las técnicas psicoterapéuticas tradicionales se nos quedarían fuera del alcance de la acción interventiva, mediante el trabajo en grupo, como espacio psicológico por excelencia, el juego traducido en los instrumentos y técnicas consecuentes y apropiadas para el nivel de desarrollo psicológico esperado.

¿Qué es el acompañamiento psicológico?

Una de las problemáticas más frecuentes que afrontamos los psicoterapeutas infantiles consiste en la “reinserción” y adaptación de los niños, que luego de formar en ellos nuevas habilidades, tolerancias y formas de afrontamiento a los problemas y situaciones de la vida cotidiana, chocan con la falta de preparación de su entorno, familiar y escolar para ese cambio.

Entendemos como acompañamiento, todas las acciones conscientes que se realizan por parte de especialistas, la familia, los maestros, y otras redes de apoyo social, con la finalidad de contribuir al alivio, paliación, o eliminación del dolor, el daño, o las consecuencias en el desarrollo psicológico de un sujeto, producidas por diversos factores, sean estos intencionales o no. De esta manera, en la acepción más amplia del término podemos acompañar un duelo; el proceso formativo y educativo como función de la familia; a los talentos, artísticos, deportivos; el proceso psicoterapéutico por el que está pasando un sujeto.

¿Cuál es el objetivo de la preparación para el acompañamiento?

Preparar a los padres para realizar el acompañamiento que se decida. Lo cual implica, las vivencias en las personas que acompañan, en los procesos por los que pasa el Otro en tratamiento; la acción de ayudar brindando soporte al compartir procesos comunes, conocer los efectos que se pueden dar en el otro. Esto posibilita el mejor cumplimiento de la función educativa y una mejor comprensión del mundo infantil y evolución de los niños en tratamiento. Se propicia el crecimiento personal de los “acompañantes”, brindándoles instrumentos y herramientas de afrontamiento que optimizan y potencian la capacidad educativa, constituyendo una forma didáctica en la que entran en juego procesos de aprendizajes y nuevas estrategias de confrontación a eventos vitales

¿Qué métodos se utilizan en la preparación?

Los métodos de preparación pueden ser, individuales o grupales. Los individuales no difieren mucho del trabajo de orientación, aunque resulta en general más específico a una problemática determinada, como puede ser la elaboración de duelos en sus diferentes causas, ausencia por pérdidas, de cualquier índole. Los métodos grupales de preparación pueden estar dirigidos a procesos de prevención (catástrofes), crecimiento personal e información (desarrollo psicológico), o comprensión y adecuación de lo general del acompañamiento, en sujetos que requieren intervención psicológica (grupos psicoterapéuticos) y, por último, personas que viven circunstancias especiales, como puede ser el desplazamiento por razones políticas, sociales o económicas.

Cada nuevo curso recibimos en nuestro servicio de orientación y atención a la población solicitudes de familias de niñas y niños de edad escolar que a la par de sus estudios generales practican una manifestación artística.

Estos niños suelen presentar altos niveles de ansiedad, al punto de afectar su rendimiento académico y sus capacidades en la expresión artística.

¿Cuáles son las formas o tipos de acompañamiento?

Primero, el acompañamiento paralelo al grupo psicoterapéutico. Aquí es necesario señalar que los grupos de acompañamiento para padres de niños con trastornos emocionales y/o del comportamiento se organizan de manera paralela a la intervención de sus hijos. Los padres ejecutan las mismas acciones psicoterapéuticas de sus hijos.

En este sentido, se mantienen los criterios teóricos, a partir de los cuales el grupo es el espacio psicológico, desarrollan sus vivencias en el taller y potencian su Zona de desarrollo próximo, en tanto potenciación personal y social dentro del grupo de padres, y en la asimilación de lo aprendido ha de adecuarlo y aplicarlo con sus hijos y familia en general. Estos grupos funcionan como grupo durante un promedio de ocho a diez semanas, con el empleo de técnicas mixtas, y el tiempo promedio de trabajo grupal es entre una y dos horas semanales.

Segundo, es necesario hablar del acompañamiento sin intervención psicoterapéutica de los hijos. Las familias se enfrentan a interminables y sorprendentes desafíos y frustraciones que amenazan sus estructuras presentes y someten sus recursos a exigencias excesivas. Estos eventos posibilitan el surgimiento de acontecimientos potencialmente psicopatógenos, es decir, "situaciones bruscas, imprevisibles en su mayoría, que enfrentan al niño con estímulos tensionantes diversos y sobrecargan su capacidad adaptativa, pudiendo provocar la pérdida de su equilibrio bio-psico-social".

Con esta propuesta pretendemos que madres y padres, a partir de sus vivencias personales en el grupo, sean capaces de asimilar recursos psicológicos para realizar el acompañamiento en el proceso desarrollo de sus hijos, aplicando el conocimiento de las características del período de desarrollo por el que atraviesan los niños, y la apropiación de cultura psicológica que les facilitará el mejor desempeño de su papel educativo (Machado, Y., 2008). Esta concepción apunta hacia el sujeto que aprende, asignándole un papel activo, consciente, transformador: se trata no de la asimilación pasiva de la realidad, sino de su asimilación activa, en tanto implica producción, reproducción, reestructuración, lo que conduce fundamentalmente a transformaciones psíquicas y físicas, a modificaciones en su comportamiento, en su personalidad.

Los padres requieren orientación para asumir la formación y educación de sus hijos con éxito, lo cual no es solo necesario, sino también posible. De manera que abogamos por la posibilidad de brindarle recursos y técnicas psicológicas emergidas desde el Arteterapia con el objetivo de propiciar una labor educativa más efectiva en la medida que potencian del desarrollo psíquico favorable de sus hijos.

Tercero, tenemos el acompañamiento en sujetos con condiciones especiales, observo que, en cada nuevo curso, me refiero al curso escolar, recibimos en nuestro servicio de orientación y atención a la población solicitudes de familias de niñas y niños de edad escolar que a la par de sus estudios generales practican una manifestación artística.

Estos niños suelen presentar altos niveles de ansiedad, al punto de afectar su rendimiento académico y de sus capacidades en la expresión artística.

Se trata de sensibilizar a los padres con el proceso por el que están pasando sus hijas e hijos y propiciar en ellos un conocimiento desde lo vivencial para que puedan entender lo propio de la edad, lo añadido por el esfuerzo extra que implica la enseñanza artística, lo peculiar de la especialidad y lo individual de sujeto específico. El objetivo consiste en aprender recursos psicológicos en talleres vivenciales desde el principio de ser sujeto y objeto.

¿Y no hay un acompañamiento a sujetos en situaciones de catástrofe?

Por supuesto, y no solo lo conocemos e identificamos, sino que lo hemos realizado en muchas ocasiones, en Cuba y fuera de Cuba.

En situaciones de emergencia la afectación del niño o la niña, claro, puede ser por lo que vivieron, o por la reacción de los adultos que le rodean. En esta etapa de la vida, los infantes son muy sensibles a la violencia hacia sus seres queridos y a la desorganización social, o de sus rutinas.

Cuando sienten miedo buscan seguridad con el contacto visual, se asustan mucho, fácilmente. Se esconden en busca de protección, buscan a la mamá u otro familiar. Pueden mostrarse rebeldes y disminuir el rendimiento escolar.

Para la preparación y prevención debemos familiarizarlos con los sucesos previsibles: sonidos, luces, sombras..., buscando que puedan comprender el acontecimiento y jugar, expresar y elaborar el acontecimiento y las conductas a seguir.

Si alguien quiere profundizar más, le sugiero la lectura de mi libro *Psicoterapia Infantil*, publicado hace ya algunos años, en 1997, pero de plena vigencia.

¿Y qué es el afrontamiento psicoterapéutico grupal?

El grupo es una herramienta de inigualable alcance terapéutico. Siempre que sea posible, en dependencia del problema y tipo de sujeto, debe ponderarse una intervención grupal. Desde el punto de vista de las condiciones prácticas del ejercicio de la clínica, el trabajo en grupos posibilita la atención simultánea a varios casos individuales.

El grupo psicoterapéutico es un grupo de intervención. Se considera un instrumento de trabajo, un medio para lograr un fin. Un grupo de intervención existe solo cuando hay una tarea específica a la interacción grupal que ocurre en un período de tiempo restringido, establecido y diferenciado de la práctica habitual de sus miembros. Cuando se habla de intervención se llama la atención sobre dos cosas fundamentales: una es que intervenir es trabajar para lograr algo, se va a hacer “algo” con el grupo. La otra es que existen vías para lograr que ese “algo” suceda, o sea, se requieren técnicas y procesos de intervención.

¿Cuáles son los objetivos de este tipo de grupo?

Un grupo terapéutico destinado a niños o adolescentes pretende crear un espacio psicológico propicio para la adquisición y/o modificación de actitudes y comportamientos que contribuyan al bienestar emocional, al desarrollo equilibrado y armónico de la personalidad posibilitando, además, la atenuación o eliminación de síntomas.

Existen diversos métodos de trabajo con el grupo terapéutico. Siempre debe garantizarse que las actividades que se diseñen y ejecuten tengan un momento, preferiblemente de cierre, de tipo grupal. Se proponen las siguientes:

1. Individual al inicio, juntos al final.
2. En parejas al inicio, juntos al final.
3. Poniéndose en el lugar del otro.
4. Juntos de inicio a fin.

Como forma de control a los comportamientos que no se ajustan a las normas grupales se emplea el método de “Lanzadera”: Consiste en “sacar” fuera del grupo de manera transitoria o permanente a aquellos niños que no cumplen con lo normado de manera conjunta por los participantes del trabajo grupal.

¿Qué es y cómo funciona la Arteterapia?

Considero la Arteterapia como el uso del arte no de manera aislada y por sí solo, es una técnica que utiliza el arte como mediador, en sus diferentes manifestaciones. La expresión y comunicación de emociones, sentimientos y representaciones de fantasías, conflictos e ideas, posibilitando un espacio para la liberación de angustias, necesidades y estados psicológicos en general, que no han tenido un espacio o nombre explícito en su equivalente verbal.

Aquí es necesario al menos señalar el uso de técnicas psicográficas, es decir, todas aquellas técnicas en las que el instrumento mediador lo constituyen elementos de la plástica: acuarelas, temperas, lápices de colores, pasteles, crayolas, pudiendo utilizarse uno o varios materiales combinados o aislados en diferentes formatos de espacio.

Los objetivos son múltiples. Posibilitan la expresión de emociones, su reconocimiento, canalizar sentimientos positivos, negativos, exteriorizar y canalizar miedos. También el realizar tareas de conjunto con otros. Propician el contacto y entrenan la tolerancia

Los métodos pueden ser individuales todo el tiempo, colectivo todo el tiempo, o comenzar de una manera y culminar en la otra

El modelado con arcilla es también un excelente instrumento de trabajo.

Desde el punto de vista terapéutico el amasado del barro con las manos, primera fase de la actividad tiene un fuerte carácter ansiolítico, catártico y relajante. En un segundo momento, al elaborar las figuras, se combinan el placer de la creación y su beneficiosa influencia sobre la autoestima con la emergencia de conflictos y sentimientos negativos que se objetivan en la pieza elaborada. El proceso del modelado también ejercita la atención debido a la necesidad de concentrarse en la figura que se está creando. Finalmente, en la última fase del proceso, queda la "obra", visible, palpable, que constata de manera inmediata que hemos sido capaces de llevar a cabo un auténtico proceso de creación con un material desconocido y raro. Con las figuras elaboradas también pueden ejecutarse otras actividades en la terapia. Por ejemplo, en el trabajo con niños, dada la existencia de un pensamiento mágico, pueden crearse objetos simbólicos de temores, pesadillas, u otros con carga de negatividad, los cuales pueden ser elaborados y destruidos repetidamente. De igual manera pueden representarse objetos protectores: caza-fantasmas, espanta-pesadillas, espanta-miedos, entre otros recursos.

¿Y la llamada Grafoterapia?

Efectivamente, la grafopsicología: permite a través de su técnica conocer las características psicológicas de un sujeto por medio del estudio de los grafismos normales y patológicos de la escritura manuscrita, cursiva y dibujos de la persona analizada.

La escritura es la "fotografía" de los movimientos cerebrales y al escribir se fija en el papel un gesto interior. La ciencia grafológica investiga la escritura teniendo en cuenta que esta es la suma de gestos gráficos emanados del cerebro. Existe una dinámica y estrecha relación entre el cerebro y los gestos. Cuando se realizan los movimientos voluntarios e involuntarios en el momento de la escritura, todos los músculos ejecutan la orden que a través del sistema nervioso imparte el cerebro. La escritura resultante revela las tendencias conscientes e inconscientes que hay en la psiquis de esa persona.

Entonces se puede definir brevemente a la Grafoterapia, como un sistema de curación natural a través de la escritura. De entre toda la variada gama de sistemas, métodos y escuelas que sobre este saber se conocen, tan solo la denominada grafología racional, creada por Vicente Lledó, es el que merece ser considerado lo suficientemente científico como para abordar el problemático tema de la terapia y de la patología.

Cuando se trabaja con niños, sobre todo los menores de 10 años, es imprescindible adecuar las reglas y modelos de manera que la ausencia de conciencia del problema, y de la necesidad de cambio y búsqueda de ayuda, no sean un obstáculo para su participación activa en la solución. En ocasiones, los niños muestran una excepcional cooperación. Y cuando se trata de falsos síntomas, pensar en el síntoma como señal de alarma, los voluntarios-inconscientes y los conscientes... ¿para qué eliminarlos?

Glosario para la clínica infantil

- ▶ **ACOMPañAMIENTO:** *Todas las acciones conscientes que se realizan por parte de especialistas, la familia, los maestros, y otras redes de apoyo social, con la finalidad de contribuir al alivio, paliación, o eliminación del dolor, el daño, o las consecuencias en el desarrollo psicológico de un sujeto, producidas por diversos factores, sean estos intencionales o no.*
- **ARTETERAPIA:** *Técnica que muestra mediante la utilización del arte en sus diferentes manifestaciones, la expresión y/o comunicación de emociones, sentimientos y representaciones de fantasías, conflictos e ideas, posibilitando así un espacio para la liberación de angustias, necesidades y estados psicológicos en general, que no han tenido un espacio o nombre explícito en su equivalente verbal.*
- **CALDEAMIENTO:** *Crear en un tiempo breve e intenso, una atmósfera propicia para el desarrollo de la sesión, relajar tensiones y generar un clima de bienestar en el espacio grupal.*
- **CIERRE:** *Se lleva a cabo tratando de generar un clima de solidaridad y despedida grupal que despierte sentimientos positivos y motivación para sesiones sucesivas.*
- **DESARROLLO:** *Comprende las actividades que de mejor manera deben facilitar el contacto grupal y en este sentido propiciar el abordaje terapéutico de las problemáticas y objetivos establecidos para el grupo.*
- **DISTRAZOS:** *Todo trazo que se realiza fuera del modelo, o simplemente, no se realiza y, por tanto, no se atiene al mismo. En su mayoría son patológicos.*
- **DRAMATIZACIÓN CON TÍTERES:** *Es una forma de terapia en la que se busca la participación de los niños-pacientes; en un espectáculo en el que se elimina la estructura tradicional actor-espectador sin que se pierdan de vista las dos funciones primordiales del arte y en especial del teatro: la función cognoscitiva por una parte y el disfrute del hecho artístico.*
- **ESPACIO:** *Lugar psicológico, conciencia de la presencia propia y del otro. Tener en cuenta de su presencia.*
- **GRAFOPSILOGÍA:** *Permite a través de su técnica conocer las características psicológicas de un sujeto por medio del estudio de los grafismos normales y patológicos de la escritura manuscrita, cursiva y dibujos de la persona analizada.*
- **GRAFOTERAPIA:** *Se puede definir brevemente como un sistema de curación natural a través de la escritura.*
- **GRUPO DE INTERVENCIÓN:** *Existe solo cuando hay una tarea específica a la interacción grupal que ocurre en un período de tiempo restringido, establecido y diferenciado de la práctica habitual de sus miembros. Un grupo terapéutico destinado a niños o adolescentes pretende crear un espacio psicológico propicio para la adquisición y/o modificación de actitudes y comportamientos que contribuyan al bienestar emocional, al desarrollo equilibrado y armónico de la personalidad, posibilitando además la atenuación o eliminación de síntomas.*
- **LANZADERA:** *Consiste en “sacar” fuera del grupo de manera transitoria o permanente a aquellos niños que no cumplen con lo normado de manera conjunta por los participantes del trabajo grupal.*
- **LÍMITES:** *Prestablecimiento de reglas y posibilidades de acción, actuación y las consecuencias de su violación.*

- **MODELADO CON ARCILLA:** De suma importancia como instrumento psicoterapéutico por eficacia en la relajación y "traducción del lenguaje de los síntomas". La arcilla permite construir y reconstruir de manera sucesiva, transformar y canalizar la ansiedad.
- **PREPARAR PARA EL ACOMPAÑAMIENTO:** Implica, las vivencias en las personas que acompañan, en los procesos por los que pasa el Otro en tratamiento; la acción de ayudar brindando soporte al compartir procesos comunes, conocer los efectos que se pueden dar en el otro.
- **PSICOTERAPIA DE JUEGO:** Diferentes técnicas terapéuticas que recurren al juego como instrumento de trabajo. Resulta de sobras demostrado que es la técnica por excelencia para realizar la psicoterapia del niño psicológicamente alterado.
- **PSICOTERAPIA:** En su acepción más amplia, podemos definirla como: todos aquellas acciones, técnicas y métodos que utiliza el especialista para ejercer una influencia en el sujeto, que le permita establecer un equilibrio psicológico con el entorno, en el cual los mecanismos que ha asumido ese sujeto no le provoquen displacer-daño, o violen las normas sociales provocando dificultades en la comunicación con los otros.
- **REINSERCIÓN:** Adaptación de los niños, que luego de formar en ellos nuevas habilidades, tolerancias y formas de afrontamiento a los problemas y situaciones del cotidiano de vida, chocan con la falta de preparación de su entorno, familiar y escolar para ese cambio.
- **TALLERES VIVENCIALES:** Ser sujeto y objeto de situaciones o acciones previamente establecidas en las que cada participante elaborará la acción desde su experiencia personal, individual.
- **TÉCNICAS PSICOGRÁFICAS:** Predominan los materiales relacionados con la expresión gráfica, ya sea libre o temática: dibujo, pintura dactilar, acuarelas.
- **TÉCNICAS PSICOMOTORAS:** Predomina el uso del cuerpo, la gestualidad y el movimiento son los mediadores entre los facilitadores y los niños.
- **TERAPIA CENTRADA EN EL JUEGO:** Consiste en dejar que el niño juegue libre y espontáneamente. Cuando se trata de una terapia de juego No directiva, como su nombre lo indica, el terapeuta no hace ninguna intervención en el juego del niño.

Factores psicosociales y enfermedades crónicas

Jorge A. Grau Abalo

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los profesionales de diferentes regiones han centrado su preocupación desde hace algunos años en los cambios en la salud de la población mundial generados por enfermedades que se han venido expandiendo de manera rápida y han cambiado el perfil epidemiológico de países y grandes estratos sociales: las llamadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

Estas enfermedades han generado un dramático giro en la Medicina, ya que las causas no son solo genéticas o microbianas y en su etiología juegan un importante papel los factores psicosociales. En estas enfermedades se valoran más que en otras las condiciones y estilos de vida, la participación social, el estrés y las emociones negativas, el acceso a recursos socioculturales. A medida que se incrementa el envejecimiento poblacional, aumenta también la incorporación en la vida de las personas de procesos degenerativos, por lo que hay que pensar que las ECNT prolongadas y, en gran medida, debilitantes, serán nuestras compañeras en el ocaso de nuestras vidas, lo cual implica prever como tendremos que convivir con ellas. Estas enfermedades demandan entonces nuevos abordajes y medidas para su control, en el paciente, en la familia, en la comunidad y para los sistemas de salud. En el siglo XXI, toda persona tendrá algún tipo de enfermedad crónica y vivirá con otra que también la tenga. La atención, entonces, deja de ser individual y pasa a un enfoque social, donde la equidad y la intersectorialidad tienen un rol preferente. La esperanza de que las ECNT se vuelvan menos crónicas con avances de prevención o tratamiento, es una posición muy arriesgada para fundamentar futuras y creativas políticas de planeación de la salud, parece más sensato guiarse por proyecciones que impliquen mayor atención ambulatoria, visitas a domicilio, admisión en hospitales con estrictos criterios y otras acciones de diferente orden.

Entre las ECNT más frecuentes se encuentran las cardiovasculares, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y otros trastornos metabólicos, las enfermedades respiratorias y pulmonares, los trastornos osteomioarticulares, las enfermedades renales y gastroenterológicas y las enfermedades de la piel, entre los grupos de mayor incidencia y prevalencia. El VIH/SIDA tiene curso similar al de una enfermedad crónica.

Suele encontrarse literatura especializada sobre factores psicosociales relacionados con la diabetes, con el cáncer, con la hipertensión y la enfermedad coronaria y con otras muchas, lo cual ha fomentado la aparición de distintos campos de la Psicología de la Salud: Psicoendocrinología, Psicooncología,

Psicocardiología, etc. Sin embargo, es difícil encontrar materiales bibliográficos que intenten un examen global de cómo lo psicológico, o más propiamente lo psicosocial, influya en la aparición y desarrollo de las ECNT y que sea de conocimiento general. Este es precisamente, el objetivo central de esta revisión.

Aspectos conceptuales y éticos en las ECNT

Existen varias definiciones de estas enfermedades. Se les ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro, o por ser enfermedades que no se resuelven de manera espontánea, que implican cambios mayores en amplios espectros de la vida de una persona, alterando las rutinas y actividades cotidianas. Las ECNT son perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad, las personas pueden sentirse de manera relativa bien o mal en ocasiones, pero nunca están totalmente sanas. La gente tiende a conceptualizar las enfermedades como agudas, no como crónicas, ignorando que hay que aprender a vivir con ellas, que la meta principal es la adaptación y no su cura definitiva. En realidad, las ECNT representan una crisis en la vida personal más allá de la adaptación a la enfermedad (en términos de “crisis”) porque interfieren el funcionamiento personal y social existente hasta entonces y son estresoras para paciente, familia y amigos, requieren entrenamiento y motivación del paciente (y su familia) para su tratamiento, cuidado y autocuidado. Con frecuencia, las personas se consideran invulnerables o poco probables de padecerlas y el riesgo percibido es menor que el riesgo real.

Las ECNT se han identificado como la **causa principal de discapacidad y de millones de muertes prematuras** en todo el mundo (representan 60 % del total de muertes, de las cuales 80 % ocurre en países de ingresos bajos o medios). La mayoría incluye síntomas complejos molestos que deben ser integralmente valorados y tratados, como el dolor, y requieren de mayor autocuidado en salud, generando altos costos sociales y económicos a nivel mundial.

Entre las *consecuencias* de las ECNT se hallan muchas de naturaleza psicosocial: amenazan la integridad del individuo, generan incertidumbre y emociones negativas, hacen modificar sus hábitos y costumbres, Interfieren la vida normal con dolor e incapacidad, fomentan la dependencia de otros, afectan la subsistencia básica y la seguridad económica, causan estigmas, intolerancias, miedos, malentendidos, junto a simpatías bien intencionadas, pero a veces humillantes, provocan pérdida de amistades, aislamiento social, causan una agotadora lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo, para preservar la autoidentidad.

Pero, además, las ECNT involucran *nuevos retos éticos*: a nuestra comprensión de los fines de la Medicina, de la naturaleza de la relación médico-paciente, de los principios estándar por los que debe guiarse la toma de decisiones en el cuidado de la salud; a los límites morales del cuidado y las expectativas convencionales sobre el deber que tiene cada familia de dar cuidado, en relación con las obligaciones de bienestar social del Estado; a nuestra comprensión de justicia social y comunidad, en cuanto estos ideales se reflejan en la respuesta de la sociedad a las diferentes necesidades de servicio social y de salud... Los preceptos de la Ética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia) estarán relacionados con estos desafíos: ¿cómo los principios básicos de respeto por las personas, la autonomía del paciente y la obligación de

proporcionar el bienestar deberán aplicarse específicamente en el cuidado a enfermos crónicos?... ¿Cómo identificar necesidades, derechos e intereses de los enfermos?... ¿Cuán sensitiva y cuidadosa deberá ser la reflexión moral para seguir implicando a la familia?... ¿Cómo proteger a los allegados sin erosionar ese sentimiento especial de vocación de cuidado de la familia, que es fuerte en nuestra sociedad?... ¿Cómo deberá remodelarse el “modelo contractual” entre médico y enfermo, que sustenta el principio de autonomía y racionalidad del paciente, y que, al mismo tiempo, no debe dejar fuera el compromiso del profesional con el cuidado de su paciente?... ¿Cómo obtener el consentimiento informado para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sin reducirlo a la simple voluntariedad y racionalidad del enfermo y sin dejar a un lado la autoridad competente del profesional?... ¿Cómo cambiar la visión del paciente, que se ha acostumbrado de manera tradicional a ver su enfermedad como un “enemigo que se lleva “por dentro”, transformando la creencia de que será liberado de él y priorizando el mantenimiento del significado de la vida vívida con —o a pesar de— la enfermedad?... ¿Cuánto se le debería contar a los miembros de la familia sobre el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad crónica y cuándo?... Si los miembros de la familia están directamente involucrados en la ejecución de un tratamiento, ¿tienen el derecho de decidir entre alternativas posibles de tratamiento?... ¿Dónde debería trazarse la línea entre el paternalismo justificado y la manipulación y coerción inaceptables cuando el médico y los familiares intentan modificar la conducta de un paciente no colaborador? Muchos de estos dilemas no tienen una respuesta única, una solución definida...

El tema de las ECNT no solo implica desafíos a enfermos, familiares e instituciones y servicios de salud, sino a la propia aplicación de los principios éticos. Las ECNT cambiarán la trama de las relaciones médico-paciente, y pondrán a los profesionales de la salud ante complicados problemas de confidencialidad y autonomía. Será necesaria, entonces, una atención basada en un ambiente holístico de apoyo en el que puedan construirse las vidas de forma significativa para cada cual; un acceso equitativo a los servicios, con límites razonables a la búsqueda quijotesca e insaciable de una “salud perfecta”; la reorientación de prioridades de acuerdo a una comprensión modificada de las metas de la atención y una aproximación reflexiva al significado de la enfermedad crónica como experiencia humana. Estas premisas están indisolublemente ligadas a fenómenos de carácter subjetivo, a factores psicosociales.

Los determinantes psicosociales de las enfermedades crónicas

Cuando se analizan los diferentes modelos teóricos acerca de los *determinantes sociales de la salud* (ver modelo de Graham y Kelly, en la figura 1), se observa que, además de las condiciones de vida y de trabajo, los comportamientos y otros factores psicosociales (estrés y eventos vitales, apoyo social, vida familiar) constituyen determinantes que, en el caso de las ECNT, adquieren un papel relevante.

El *comportamiento* de cada persona en la aparición de estas enfermedades tiene gran importancia en tanto regulación voluntaria y establecimiento de jerarquías motivacionales, pero es de destacar que no está exento de la influencia de condiciones sociales más profundas, como es la capacidad adquisitiva y el tipo de trabajo, entre otros factores. Por ejemplo, la alimentación saludable no depende solo del conocimiento y la voluntad selectiva por el alimento que se consume, sino también por la accesibilidad a los costos del mercado. Las

condiciones materiales de vida, los factores sociales asociados al trabajo, el ambiente familiar, las actitudes personales y los estados emocionales colocan las personas en diferentes situaciones de vulnerabilidad psicosocial que incide en el estado de salud y en la predisposición a la enfermedad.

Obviamente, la determinación multicausal de la enfermedad crónica y la necesidad de intervenciones múltiples no tiene sentido fuera de un enfoque multidisciplinario. Es necesario considerar una finalidad intradisciplinaria: lograr la identificación de factores psicológicos y la dinámica de sus interacciones, que influyen en el desarrollo de una enfermedad concreta en un sujeto concreto o, dicho de otra manera, identificar como la mente, lo subjetivo influye en la aparición de una enfermedad crónica. Pero también hace falta tener en cuenta una finalidad extradisciplinaria, es decir, contribuir a la comprensión integral de cómo estos factores psicológicos pueden estar interactuando con factores biológicos, ambientales, sociales, etcétera (Fig. 1).

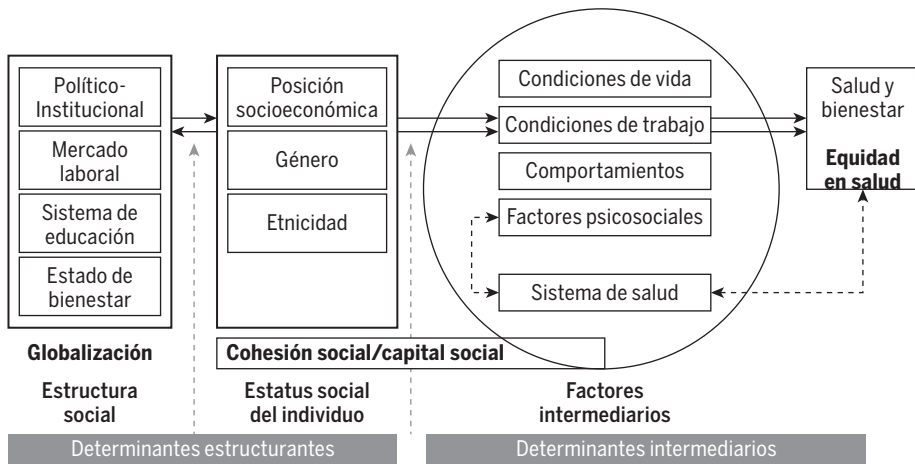


Fig. 1: Modelo de Graham y Kelly (2004) sobre los determinantes sociales de la salud.

Al analizar cómo la mente, lo subjetivo, influye en las ECNT tenemos que pensar que hay factores que son *perjudiciales*, otros que generalmente son *protectores* y que también existen algunos otros factores *moduladores* en el propio desarrollo de la enfermedad.

La literatura señala que entre los *factores psicosociales perjudiciales* están los estados emocionales mal manejados (ansiedad, depresión e ira), el aislamiento social y la incomunicación o comunicación inadecuada, los afrontamientos defensivos ante los eventos estresantes, las creencias desfavorables acerca del control que podemos ejercer sobre ellos, el pesimismo y la desesperanza.

Entre los *factores protectores*, que hacen a las personas “más resistentes” ante las enfermedades se señala el conocimiento que se tenga de la enfermedad, sus causas y manifestaciones tempranas, el cumplimiento terapéutico adecuado (adherencia a medidas de prevención o tratamiento), el apoyo social deseado y percibido procedente de familiares, amigos y de convivientes en la comunidad, los afrontamientos eficaces ante la enfermedad, las creencias de control positivas (autoeficacia), el optimismo y otras variables conocidas como “salutogénicas” que contribuyen a la llamada “resiliencia” (capacidad para afrontar la adversidad).

Entre otros *factores que influyen en la enfermedad*, se consideran los tratamientos cruentos (que también son individualmente percibidos o tolerados), las limitaciones de la actividad (incapacidad, minusvalía), los factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés, la concepción interna de la enfermedad y su significado que tenga cada persona (“dolencia”, “padecimiento” o “cuadro interno”), la relación y comunicación médico-paciente, la calidad de vida y el bienestar subjetivo conservados, la familia en su bregar de cuidado (rol, carga, conocimientos, afectaciones por el cuidado) y el nivel de desgaste en profesionales de salud.

Especial atención se ha prestado en la literatura a los *afrentamientos*, como variable influyente en el origen de las enfermedades y en el proceso de su adaptación a ellas. Los afrontamientos pueden propiciar la instalación de una enfermedad por diversos mecanismos:

- Influir en las reacciones neuroquímicas de estrés al:
 - Dejar de prevenir o aminorar las condiciones ambientales perjudiciales que están asociadas a las situaciones estresoras (como hacernos con frecuencia excesiva “de la vista gorda” ante lo que pasa, sin compromiso ni involucramiento).
 - Dejar de regular la perturbación emocional ante daños o emociones al expresar una serie de valores, un estilo de vida y/o una conducta que es, en sí misma, perjudicial (por ejemplo, “ahogar las penas con alcohol”, fumar ante excesivo estrés en el trabajo, establecimiento de relaciones sexuales promiscuas después de un abandono de la pareja, etcétera).
- Aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad cuando incluye uso excesivo de sustancias nocivas (el propio alcohol, drogas, tabaco) o cuando llevan al individuo a actividades de riesgo importante (como acelerar el ritmo de vida para compensar la falta de tiempo y el exceso de tareas en la jornada o incrementar el consumo de cigarrillos).
- Dañar la salud al impedir conductas adaptativas (por ejemplo, abandono de las prescripciones por estar centrado en afrontamientos dirigidos a “aliviar” las emociones y no a la solución del problema).

Lo más probable, es que los afrontamientos influyan en el desarrollo de la enfermedad combinando unas u otras vías o mecanismos de vulnerabilidad.

Un concepto muy convocado para explicar el papel de lo psicológico en la enfermedad crónica es la que se refiere a los *estilos de vida*. El estilo de vida es el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad: alimentación inadecuada, actividad física escasa, ciclos alterados de sueño-vigilia, consumo excesivo de sustancias y hábitos tóxicos, pobre manejo del estrés, sexualidad desprotegida, no uso de dispositivos de seguridad en el transporte y el trabajo, etc. Suele confundirse a los estilos de vida con los modos y las condiciones de vida... los estilos de vida son siempre personales, y se expresan en conductas específicas individuales que se interpretan como factores de riesgo, o conductas que son compartidas por un grupo de personas en un contexto específico. Para Walker y colaboradores (1990: 269) son “patrones multidimensionales de acciones iniciadas por los sujetos por sí mismos y de percepciones que sirven para mantener o mejorar el nivel de bienestar,

autoactualización y plena apariencia del individuo". Ellos ejercen influencia sobre las propias condiciones de vida, se relacionan positiva o negativamente con el bienestar y se traducen en comportamientos promotores y/o protectores de salud o, por el contrario, en conductas arriesgadas que incrementan la vulnerabilidad a enfermar. Una conducta arriesgada es "aquella acción que realiza el sujeto de forma aparentemente voluntaria y que puede tener consecuencias negativas para la salud" (Romero, Grau, Chacón *et al.*, 2011: 27).

En los últimos tiempos se está prestando especial atención al papel de las *emociones* en el proceso de enfermar. La propensión a enfermar, obviamente, está condicionada por muchos otros factores, incluyendo los económicos, sociales y culturales, pero muchos de ellos pueden estar mediatizados por factores psicológicos, especialmente emocionales.

Esta propensión o vulnerabilidad a enfermar ha sido definida "como la amenaza potencial que se convierte en activa cuando se considera que realmente pone en peligro al individuo o incluye la susceptibilidad a reaccionar con distrés ante un amplio grupo de acontecimientos debido a un conjunto de factores personales que involucran compromisos, creencias y los propios recursos" (Lazarus y Folkman, 1986: 156). Pero también puede ser vista como el patrón funcional de la personalidad centrada en estados emocionales negativos, por lo que cada día se habla más de "vulnerabilidad personal". Entendemos aquí como personalidad el nivel superior y más complejo de la regulación psicológica, partiendo de una concepción teórica que trasciende las consideraciones de la actividad del hombre como un conjunto de reacciones externas (comportamentales) a estímulos externos del medio, separada del sujeto actuante, que es, en definitiva, una personalidad concreta, consciente e histórica. No hablamos de la tradicional consideración de la personalidad como un conjunto de rasgos externos, caracterológicos.

Parece ser que no solo los estados emocionales, sino aquellos *rasgos en que han sido fijados en el curso de la vida y en diferente grado como características de la personalidad* (ansiedad-rasgo, depresión personal, hostilidad o ira-rasgo) se constituyen en factores de propensión a enfermar, a través de diversas vías:

- Estimular conductas no saludables: se han reportado altos niveles de artritis reumatoide entre fumadores y personas con sobreingesta; además, al conducir al tabaquismo, al alcoholismo y otras formas inadecuadas de compensación se torna en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades.
- Al constituir un factor predisponente al estrés negativo y la instalación de estados emocionales patológicos, que, a su vez, refuerzan las conductas no saludables, facilitan un determinado rol de enfermo, y propician cambios en el sistema neuroendocrino e inmune; la psiconeuroinmunología y la psiconeuroendocrinología, disciplinas que se refieren a las interacciones entre el sistema nervioso y los sistemas inmune y endocrino, han aportado muchas evidencias al respecto.
- Al contribuir a la concentración del sujeto en la observación de sensaciones corporales: se ha comprobado que los sujetos ansiosos no son exactos en la percepción de sus reacciones corporales, pero reportan más síntomas de estrés. Este tipo de personas no solo suelen ser hipocondríacas, que sobredimensionan las circunstancias amenazantes a su integridad, al mismo tiempo, son más proclives a enfermar.

En un conocido trabajo de autores clásicos, se revisaron 217 estudios con enfermos cardiovasculares, asma, úlcera, artritis reumatoide y cefaleas, y se identificaron fuertes correlaciones entre variables personales y estas enfermedades. Las variables emocionales estudiadas fueron ansiedad, depresión, ira, hostilidad, agresión y extraversión. Resultó que la ansiedad, la depresión y la hostilidad tenían más fuertes correlaciones con la enfermedad que las encontradas y tradicionalmente reportadas para el tabaquismo, el colesterol y la enfermedad coronaria. La explicación es la misma que se ha ofrecido por muchos otros autores y que se ha reflejado en párrafos precedentes: *las emociones constituyen la expresión de un funcionamiento personal relativamente desajustado que puede afectar la salud por varias vías* (Both-Kewley y Friedman, 1987: 358).

Muy relacionados con los estudios sobre estrés y emociones, están los polémicos trabajos sobre los *patrones de la personalidad* como predisposiciones a las enfermedades. El más conocido (y cuestionado) es el llamado *Patrón A*. Fue inicialmente descrito por cardiólogos que observaban que sus pacientes manifestaban rasgos de impaciencia, competitividad y urgencia temporal. Estas personas con personalidad A han sido caracterizadas como aquellas que se involucran en una batalla constante para hacer más en menos tiempo (urgencia temporal), son hostiles y agresivos para alcanzar las metas, competitivos y empeñados por el éxito, impacientes, impulsivos, hiperalertas y tensos. Muchas investigaciones se han dedicado a estudiar la relación entre este patrón personal y las enfermedades cardiovasculares. Se dice que estas personas se crean el estrés a sí mismos, tienden a tener más accidentes, a morir por hechos eventuales o violencia, padecen con más frecuencia de enfermedades por arteriosclerosis cerebro-vascular o periférica y de migraña y cefalea por contracción muscular mantenida. Ellas tienden a otros factores de riesgo como tabaquismo y consumo elevado de sustancias que incrementan el colesterol. Se ha reportado también que el patrón A tiende a aumentar moderadamente el riesgo a morir de cáncer. La mayor parte de estas investigaciones ha sido fuertemente criticada, en gran medida, por deficiencias metodológicas (son casi todas retrospectivas y transversales), además de que algunas características del patrón A son realmente positivas. Pero investigaciones prospectivas con el patrón A han confirmado que predice el debut de la enfermedad coronaria, la repetitividad del infarto y la dureza de las arterias, convirtiéndose en relativo factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares.

Hoy se piensa que no todas las características del patrón A son marcadores de vulnerabilidad. Así, por ejemplo, se ha planteado que el componente de hostilidad del Patrón de conducta Tipo A puede ser mejor predictor de una enfermedad coronaria que todo el patrón por sí mismo; de igual manera, estudios por componentes demuestran una mejor relación entre algunos de esos componentes con variables psicológicas relacionadas teóricamente y no con todo el patrón. Se ha señalado que el trabajo "duro" puede ser saludable si se da en un contexto de motivación y devoción hacia la tarea; con frecuencia se hace un mal diagnóstico en base a similitudes conductuales externas entre el verdadero tipo A y los individuos saludables, que son activos, se mueven rápido y son dominantes y vigorosos. Por otra parte, personas diagnosticadas como tipo B de personalidad (contrapuesto al A) porque hablan en voz baja y son aparentemente serenos, pueden estar reprimiendo la hostilidad y tener ambiciones frustradas, también con cierto grado de daño coronario y propensión a

la enfermedad. Esto llama a la necesidad de descubrir los verdaderos “tipo A” y “tipo B”. Se piensa que los componentes de mayor riesgo del patrón A son la hostilidad y cierta hiperreactividad neuroendocrina, concebida no solo como simple reacción al estrés, sino como condicionante de vivencias de determinadas situaciones como estresantes en función de la activación (“arousal”) del sistema nervioso vegetativo.

Otro patrón muy reclamado para explicar las relaciones entre el estrés, las emociones y el cáncer, es el llamado “tipo C” descrito por varios autores. Ya se ha acumulado bastante evidencia de que la represión de emociones ligadas a procesos traumáticos favorece la disminución de la inmunocompetencia y las personas que no realizan confidencias tienen más posibilidades de enfermar física y mentalmente. S. Temoshock y colaboradores han descrito el patrón C como la relación entre un estilo personal pasivo, complaciente o represivo y el desarrollo o progresión del cáncer.

También esta dirección de investigaciones ha sufrido gran cantidad de críticas, porque puede presuponer cierto fatalismo y se añaden deficiencias metodológicas en los estudios. Sin embargo, en los últimos años, se ha retomado la noción del patrón C, de manera particular a partir de los trabajos de Grossarth-Maticek y Eysenck, quienes han desarrollado colosales estudios longitudinal-prospectivos, con buen control de variables, en grandes grupos poblacionales de varias ciudades, identificando cuatro tipos de personalidad básicos relacionados con las tasas de mortalidad alta por cáncer y enfermedades cardiovasculares, las tasas de mortalidad medias y bajas. Así, el tipo I de Grossarth-Maticek y Eysenck tiene como componentes principales el afrontamiento al estrés a través de la pérdida de objetos amados y a la frustración con desesperanza, abandono y depresión, conservando la cercanía emocional con objetos perdidos, idealizándolos y reprimiendo las emociones; algo que se da con frecuencia en los duelos complicados o ante la mala elaboración de las pérdidas. Los tipos I y C son, entonces, bastante similares y se fundamentan sobre la base del impacto de la represión y las emociones fijadas por un estrés de pérdida en la competencia inmunológica.

A pesar de las numerosas investigaciones, queda aún mucho por definir sobre estos patrones de predisposición a enfermar.

Por otra parte, **toda enfermedad crónica resulta estresante**. Los afrontamientos ante estas enfermedades han sido descritos sobre el supuesto de que su aparición constituye una situación estresante, que obliga a procesos adaptativos y siguen influyendo en el curso de la enfermedad. Entre los factores estresantes propios de una enfermedad crónica están: los problemas físicos derivados de la enfermedad y los tratamientos, la necesidad de tomar decisiones ante situaciones estresantes y controlar sus emociones, la necesidad de conservar adherencia terapéutica; los problemas que derivan de la rehabilitación física, los problemas vocacionales y laborales que se generan por la relativa incapacidad funcional o de las secuelas, los problemas de interacción social con familiares y profesionales, los problemas de autoimagen y autoestima, los retos en el reajuste de metas y motivaciones, los problemas de comunicación y ajuste en nuevo entorno, y, por supuesto, la amenaza potencial a la vida y el miedo a la muerte.

Para el paciente es vital entender que las reacciones emocionales que afectan en las crisis personales pueden tener un poder aplastante. Para algunas personas, la angustia de la reacción emocional es más difícil de soportar que la

enfermedad misma, en especial, en fases avanzadas; para la familia hay cambio de roles, de actitudes y responsabilidades y sufrimiento de cuidadores.

De la misma manera en que existen modelos vinculados al estrés, a las emociones y a la personalidad, que se relacionan con la propensión a enfermar (*modelos de vulnerabilidad*), actualmente se resalta la importancia de otros modelos por los cuales el hombre interactúa con su medio con posibilidades de enriquecimiento y de desarrollo personal. Estos son los llamados *modelos salutogénicos*, que tienden a proveer de recursos contra la posibilidad de enfermar y de propiciar cierta resistencia al estrés emocional generador de trastornos. Se basan en un giro desde la atención focalizada en la preocupación por los aspectos más negativos del ser humano, hacia la potenciación de cualidades positivas (esperanza, perseverancia, creatividad, espiritualidad, responsabilidad, visión de futuro, fortaleza personal, etc.), que no habían sido muy abordadas por la Psicología hasta fecha muy reciente. Los modelos más conocidos son: el sentido de coherencia, el patrón de resistencia o fortaleza personal (conocido en inglés como "hardiness") y otros basados en el optimismo, la autoestima, el empeño personal, la teoría del control...

El *sentido de coherencia* es un constructo desarrollado por A. Antonovsky desde 1987. El origen de estos estudios tuvo lugar en observaciones de Antonovsky sobre mujeres sobrevivientes a un campo de concentración nazi, que, a pesar de todos los rigores y restricciones, conservaban una razonable salud física y mental. Él lo atribuyó a variables personales integradas en lo que luego denominó "sentido de coherencia" (SC). Estas mujeres con alto SC habían desarrollado mecanismos eficaces de adaptación. El SC resalta cómo la gente aborda el estrés en vez de insistir en el impacto negativo de los estresores. Se refiere a una disposición de muchas personas que permite encarar la vida y sus problemas de manera que se hace más fácil el afrontamiento al ver el mundo como significativo, comprensible y manejable. Para Antonovsky el SC no es un rasgo específico de personalidad, ni un estilo particular de afrontamiento, es más bien una orientación global, generalizada, una habilidad para seleccionar el estilo correcto de afrontamiento ante una situación dada. No es una línea de conducta fija y preestablecida, sino más bien una estrategia general frente a los problemas y dificultades de la vida. Antonovsky pretendía diferenciarlo de otros "recursos de resistencia generalizados" como la autoestima o el apoyo social; en tanto que el resultado de tales recursos es proporcionar al sujeto experiencias y situaciones favorables al desarrollo de la salud y no de la enfermedad, el SC sería el componente cognitivo resultante de tal conjunto de experiencias. Antonovsky lo define (1987: 22) como:

[...] una orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la amplia, resistente y dinámica sensación de confianza en que los estímulos provenientes del entorno (interno o externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables (comprensibilidad), los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos (manejabilidad) y estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso (significatividad) [...].

En el SC el resultado protector no depende de manera exclusiva de la evaluación cognitiva que haga el sujeto, sino de una orientación generalizada que se puede considerar básicamente estable hacia el principio de la edad adulta y que se adquiere a partir de las experiencias del sujeto en dependencia de su edu-

cación y marco social (familia, trabajo, situación económica y social, etc.). No puede abstraerse de las condiciones reales (macrosociales) del sujeto y de las experiencias propias de su vida. Tampoco puede confundirse vulgarmente con el conformismo o la aceptación. Diferentes estudios han mostrado la influencia positiva del SC sobre la salud y el bienestar: se ha encontrado que puntuaciones altas en los instrumentos que evalúan el SC predicen mayor bienestar físico y psicológico, así como mejor habilidad funcional en las actividades cotidianas, también se ha reportado una relación en largos lapsos de tiempo con menores síntomas psicológicos

Otro modelo que pone énfasis en la personalidad, como variable que interviene en el afrontamiento a la vida, propiciando salud, es el de *resistencia (hardiness)* o *personalidad resistente (PR)*, propuesto por S. Kobasa desde principios de la década de los 90 en el pasado siglo. La perspectiva salutogénica y el enfoque activo y propositivo es común al SC y permite considerar a la personalidad como una realidad dinámica que establece una relación con la situación específica de cada momento a partir del cambio y la interacción, y no solamente de la reacción pasiva a los estresores. Según Kobasa, en la PR se involucran tres dimensiones: *implicación*, que es la medida en la que el sujeto se involucra en las situaciones; *reto*, que es la medida en que el sujeto percibe que las situaciones complicadas son una oportunidad para crecer, y *control*, que es la medida en que se está convencido de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Para la autora, la PR lleva consigo menores consecuencias negativas del estrés y es moduladora tanto del proceso de enfermar como en el ajuste a las enfermedades.

La PR ha sido investigada en diferentes contingentes de personas; se ha intentado evaluar con varios instrumentos. Este vivir la vida a plenitud, con un sentimiento de competencia y una orientación productiva, no solo protege al sujeto de enfermedades y le proporciona bienestar, sino que ante situaciones de enfermedad crónica grave o terminal, las personas con PR serán más sensibles al uso de medidas heroicas, lucharán contra el daño a la calidad de vida que podría provocar la enfermedad, podrían —incluso— usar la mente como medida heroica para la curación. Y en caso de fracaso, aceptarán con valor la muerte y dirigirán todos sus esfuerzos para prepararse a sí mismos y a los demás a enfrentarla. Diversos estudios han mostrado que la PR está vinculada a una mejor salud.

Otras variables asociadas a los modelos salutogénicos son los de *optimismo* y *autoestima*.

Se entiende por *optimismo* la inclinación a tener expectativas favorables con la vida, lo cual ha sido relacionado con el bienestar físico y psicológico. Ha sido concebido como un recurso de afrontamiento proveedor de esperanza y posibilidades de superación de las condiciones más adversas, sea por la percepción que tiene la persona de controlabilidad (tener acceso a cierto control de lo que le acontece), por una creencia específica de autoeficacia o por una esperanza de que alguien o algo va a resolver el problema. Así, se ha encontrado que los sujetos optimistas utilizan mejores estrategias de afrontamiento ante los problemas sociales que los sujetos pesimistas. De la misma forma, se ha demostrado que los pacientes con optimismo tienen menos síntomas físicos, se recuperan de manera más rápida y mejor de problemas de su organismo. Cada día se consolida más la idea de que el optimismo es una variable protectora de la salud.

La *autoestima*, es una variable de la personalidad que indica la apreciación y el valor que el sujeto se concede a sí mismo, es un componente afectivo de las actitudes hacia uno mismo. Ha sido relacionada con el afrontamiento de las situaciones problemáticas, y particularmente, con el estrés. La alta autoestima se encuentra asociada a la sociabilidad, la motivación por el logro, el ajuste personal y los bajos niveles de ansiedad. Por otra parte, una baja autoestima está vinculada a problemas psicosomáticos, aislamiento social, miedo al éxito, fracaso escolar, y a otros trastornos de la salud, como adicciones. Se ha encontrado que la baja autoestima está asociada a más síntomas. La autoestima influye de manera particular en la salud desarrollando conductas saludables.

En resumen, los estudios confirman, además de la influencia de factores psicosociales en la propensión a enfermar, la posible acción moderadora de variables salutogénicas, como las descritas. La investigación en esta dirección es muy prometedora.

La evaluación y la intervención psicológica en las enfermedades crónicas

A pesar de todo lo que haya podido derivarse de las investigaciones, subsisten problemas frecuentes en la atención psicológica a enfermos crónicos: la ausencia de criterios sólidos para decidir la necesidad de intervención psicológica ante determinados enfermos y la escasez de instrumentos válidos y confiables para el diagnóstico psicológico en comparación con la evaluación en personas con trastornos mentales. Por otra parte, la necesidad y la oferta de servicios de atención psicológica no se corresponden con la demanda real. Otra característica es que cada vez más, los enfermos crónicos requieren un abordaje intersectorial y extrainstitucional. Algunas investigaciones demuestran que más de 40 % de los pacientes que asisten a hospitales por enfermedades crónicas presentan alteraciones emocionales y problemas de adaptación que requerirían algún tipo de evaluación e intervención psicológica; pero como el modelo de trabajo predominante es el de la remisión de casos, solo recibe esta atención menos de 20 % de los que la necesitan. Incluso, las personas que no presentan trastornos psíquicos ni graves dificultades siempre se beneficiarían de orientación psicológica. Por supuesto, esta atención a los aspectos psicosociales no tiene que ser siempre e imprescindiblemente provista por psicólogos, de hecho, los médicos y otros profesionales de la salud bien preparados pueden y deben asumir algunas de estas tareas.

En general, las modalidades de atención más frecuentes para la atención psicológica a los enfermos crónicos se centran en medidas para obtener una mejor comunicación paciente-equipo de salud, motivaciones para involucrar al paciente en su tratamiento mejorando la adherencia terapéutica, el entrenamiento en relajación y visualización (incluyendo las terapias cognitivas de tercera generación como el *mindfulness*), la información adecuada a la familia, la psicoterapia (intervención en crisis, psicoterapia breve, terapia familiar, terapia de parejas, psicoterapia de grupo, terapias cognitivo-conductuales), los grupos de apoyo social y autoayuda y la inserción de procedimientos psicológicos en los programas de rehabilitación. Algunos de estos procedimientos requieren del concurso de especialistas de las ciencias psicológicas.

La atención psicológica en las ECNT deviene un desafío no solo por el gran número de pacientes que la necesitan, sino por su naturaleza diferente, centrada no solo en el alivio de síntomas, sino en la adaptación a la enfermedad,

en la preservación de su calidad de vida y en la rehabilitación integral. En las revisiones sobre las grandes áreas de investigación e intervención psicológica en salud, las enfermedades crónicas constituyen más de 50 % de los trabajos abordados (ver figura 2, donde aparece la distribución de trabajos presentados en tres congresos internacionales de Psicología de la Salud).

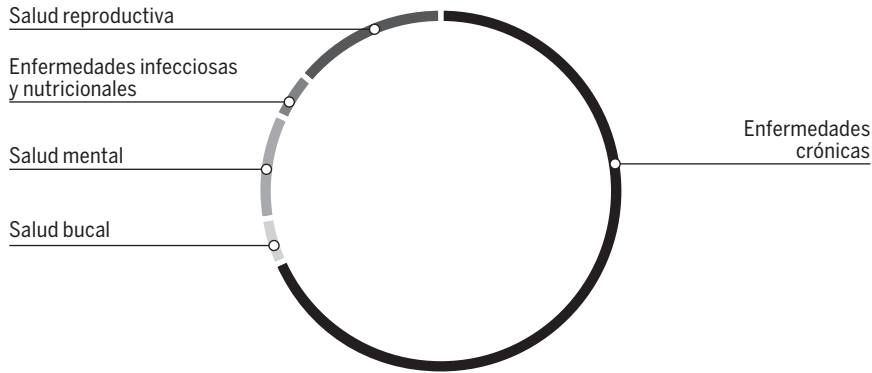


Fig. 2: Tendencias de la Psicología en la solución de problemas de salud (Grau, 1996).

Los temas claves en la atención psicológica en diferentes fases del proceso salud-enfermedad en los enfermos crónicos podrían representarse esquemáticamente como en la figura 3. La naturaleza de la evaluación y la intervención psicológica en estos temas debe centrarse en un enfoque pluridimensional con proyección multidisciplinaria, manifestando solo relativa independencia de la atención médica y centrándose más aún en la valoración de las interacciones entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, más que en el análisis de estos componentes por separado. La especificidad del trabajo de los psicólogos con enfermos crónicos no está solo determinada por el diagnóstico médico de los pacientes con una enfermedad crónica específica, sino por las exigencias de un enfoque que considere la etiología multicausal de la enfermedad y de una práctica consecuente (trabajo interdisciplinario).

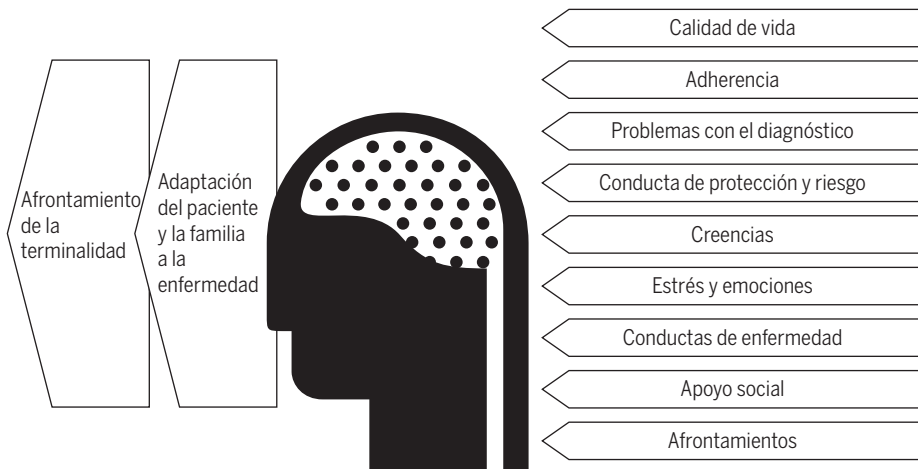


Fig. 3: Lo psicosocial en las enfermedades crónicas: temas claves.

Algunos aspectos a considerar en la evaluación e intervención psicológica en enfermedades crónicas

Se debe tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la **dinámica familiar**: en tanto evento inesperado, exige cambios. La interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia y la disminución de la capacidad funcional, la disminución en la productividad, entre otras.

La **interferencia de la enfermedad** en la vida de los pacientes tiene que ver, fundamentalmente, con consecuencias tales como el dolor, la fatiga, la discapacidad y los efectos secundarios de los medicamentos, que afectan la calidad de vida y el bienestar subjetivo. Disminuyen el estado funcional de los pacientes los calambres musculares, la debilidad, la anorexia, la incapacidad para trabajar, la dificultad para hacer planes y la incertidumbre al no poder controlar los síntomas. En especial, el dolor, como síntoma común de muchas enfermedades crónicas (enfermedades osteomioarticulares y neurológicas, tumores malignos, etc.) se asume como un componente importante relacionado con la presencia de angustia y otros efectos negativos, con aumento de la discapacidad y con cambios emocionales tales como la ira, la irritabilidad, la desesperanza, la ansiedad y la depresión, aspectos que se asocian a su vez con la disminución en la calidad de vida.

Como ya se ha dicho, el control de las ECNT es complicado por la multiplicidad y complejidad de sus determinantes y por las múltiples formas clínicas, las lesiones que pueden estar localizadas en diferentes partes del organismo y la progresión de la enfermedad a lo largo de diversas etapas. Ante esta complejidad se espera que el paciente asuma un rol activo desde el momento del diagnóstico (y no un rol pasivo), que le permita afrontar su condición, para facilitar la recuperación, prevenir la aparición de otras enfermedades o discapacidades asociadas y detener al máximo posible el deterioro. Lograr estos fines permitiría mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), por eso es importante en la mayoría de las enfermedades mantener la **percepción de control y la autoregulación**.

Entre los grandes retos ante las ECNT está el reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, lo cual implica **mantener factores protectores** relacionados directa e indirectamente con aspectos psicológicos: ingesta de alimentos saludables, reducción del consumo tabáquico, realización de actividad física, mejora en las condiciones ambientales con disminución en la contaminación y la planeación de áreas urbanas menos congestionadas. Esto implica brindar educación sanitaria y generar políticas de salud pública relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, lo cual es importante reto para la psicología de la salud del futuro. Por otra parte, hay que tener en cuenta el envejecimiento con suficiente calidad de vida, toda vez que la población envejecida es más vulnerable a enfermedades crónico-degenerativas. Así, dadas las características de las ECNT, ellas se convierten en un desafío que implica el **incremento de la inversión económica en salud** y la planeación de investigaciones que permitan solucionar las necesidades, a mediano y largo plazo, disminuir costos y mejorar la calidad de vida.

En el control de estas enfermedades es importante tener en cuenta los **cambios en el estilo de vida**: organización y planeación de las actividades cotidianas, el funcionamiento del sistema familiar y económico, los hábitos alimenticios, las actividades recreativas y laborales, entre otras. La disminución en la actividad

física tiene lugar con frecuencia cuando hay dolor o falta de vitalidad en trastornos como la artritis y la fibromialgia, las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares y el cáncer. Las enfermedades musculoesqueléticas causan mayor disminución en la actividad física en las mujeres y en el caso de la artritis reumatoide, la presencia de dolor, la inflamación y la pérdida de la movilidad dificulta, además, el cuidado personal, disminuye el contacto físico y social y lleva a un ajuste en las actividades laborales. Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) reportan una disminución significativa en la realización de actividades cotidianas que requieren de esfuerzo físico. La mayor parte de los cambios en los estilos de vida deben hacerse desde etapas tempranas, con consejería oportuna y específica.

Por otra parte, la cronicidad de muchas ECNT (varias localizaciones de cáncer, algunas enfermedades reumáticas y neurológicas degenerativas) provocan cambios en la percepción de la **autoestima y la imagen corporal**, disminución de la **satisfacción en las relaciones de pareja**, cambios de **estado de ánimo e irritabilidad, problemas ocupacionales y económicos**, que repercuten en la dinámica familiar, exigiendo ajustes en los roles y en las expectativas hacia el futuro. Además, la presencia de una ECNT incrementa la asistencia a las instituciones médicas, lo que implica realizar **ajustes económicos y elaborar nuevas rutinas**.

Algunas condiciones que incrementan el dolor (angustia, ira, desesperanza, cogniciones y afrontamientos alarmistas o de carácter catastróficos) se agudizan a su vez cuando **aumentan los niveles de dolor y falta apoyo social**, sea instrumental o emocional, afectando más aún la calidad de vida.

Existe suficiente evidencia de **trastornos emocionales** (depresión, ansiedad, ira) en los diabéticos, la artrosis, la esclerosis múltiple, el cáncer, el síndrome de fatiga crónica, aunque algunos estudios demuestran que la ansiedad se encuentra asociada en mayor medida a la EPOC y las enfermedades cardíacas, mientras que la depresión se presenta con mayor frecuencia en fases terminales de la enfermedad renal crónica y los tumores malignos. Estos síntomas emocionales son comunes durante las fases de recaída o crisis, generadas por la hospitalización, la percepción de deterioro, la aparición de nuevos síntomas o la reaparición de algunos que ya se habían mantenido bajo control, lo cual crea en los pacientes incertidumbre y desesperanza vinculada al curso impredecible de la enfermedad, la continua amenaza a la vida y la falta de expectativa de una cura definitiva. La depresión se encuentra relacionada con factores que predicen la supervivencia, disminuyendo la motivación, la concentración y la energía necesaria para llevar a cabo consistentemente el autocuidado (toma de medicamentos, automonitoreo y participación en actividad física), lo cual propicia mayores riesgos médicos y discapacidad.

Un aspecto importante en los pacientes con ECNT (y especialmente relevante en la hipertensión y la diabetes), es el **compromiso con el cumplimiento del tratamiento**, la llamada **“adherencia terapéutica”**. Se considera que 40 % de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas la tasa de incumplimiento llega aproximadamente a 20 %, pero en las enfermedades crónicas llega a ser de 45 % o mayor; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de incumplimiento es mucho más alta. Se plantea que estos porcentajes subestiman el incumplimiento, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo cumplimiento puede ser parcial y que

se no perciben a sí mismos como incumplidores. Se ha estimado que, con prescripciones de ingestión de medicamentos, entre 33-82 % de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento del régimen, en el caso del infarto del miocardio se plantea que 49 % de los enfermos abandona durante el primer año el cumplimiento de los ejercicios físicos del programa de rehabilitación. Entre 40-50 % de los pacientes no acuden a las consultas médicas para recibir el tratamiento curativo, una vez diagnosticados.

Este tema tiene gran relevancia en las ECNT, pues el incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, produciendo un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la atención general en los sistemas y servicios de salud. Un informe de la OMS señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, así como en el SIDA o la depresión, se ha convertido en un problema no solo sanitario, sino económico; solo 50 % de los enfermos crónicos cumplen con sus tratamientos en los países desarrollados, situación que se agrava en países más pobres, donde el acceso a los medicamentos está más limitado por falta de recursos. En investigaciones realizadas en Cuba en pacientes hipertensos, se ha encontrado una frecuencia de cumplimiento de 52,4 %, similar a la media reportada por la literatura internacional. En general, las evidencias han mostrado que las tasas de compromiso con el tratamiento farmacológico, tienden a ser menores en pacientes que reciben tratamiento por enfermedades crónicas, que se prolongan de manera indefinida y presentan cambios en la sintomatología y en algunos casos en que se presenta remisión de la enfermedad, mientras que la tasa en pacientes que reciben tratamiento por enfermedades agudas, es mayor, puesto que son enfermedades a corto plazo y la respuesta del organismo es inmediata. Todo esto convierte al cumplimiento de las prescripciones en un serio problema en las ECNT.

La adherencia a los tratamientos está asociada a múltiples factores en el transcurso de una enfermedad. Un primer grupo de factores determinantes está constituido por variables de la *interacción con el profesional sanitario*, que incluye la *satisfacción del paciente* en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las *características de la comunicación* que establece con su médico; se ha planteado que los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento. La comunicación, como se ha dicho, permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla. Se ha destacado la importancia de la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida, las características del lugar en que se produce la atención; además del nivel de expectativas del paciente respecto al servicio que aspira recibir.

Un segundo grupo de factores tiene un carácter básicamente médico y está relacionado con las *características del régimen terapéutico*, entre los cuales se distingue, en primer lugar, la *complejidad del tratamiento*, que se refiere al grado de cambio comportamental que requiere; cuando implica cambio en los hábitos o exige pautas nuevas se produce una tasa de cumplimiento baja. El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención, y, especialmente, la duración del tratamiento, son todas variables relacionadas con la complejidad. Se reitera que de 20 %

a 30 % de los pacientes sometidos a tratamientos breves fallan en cumplirlos, mientras que si no es tan corto y de naturaleza preventiva fracasan entre 30 % y 40 % de los sujetos; las prescripciones que requieren un plazo muy largo no son seguidas por aproximadamente 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas, y este incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo. También la *relación costo-beneficio del régimen de tratamiento* puede resultar apreciable, ya que los costos pueden ser diversos: económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, mientras los beneficios están dirigidos hacia la convicción de que las enfermedades se han curado. La *presencia de efectos secundarios* afecta las tasas de adherencia porque estos pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad, los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos contraproducentes o atemorizantes, produciendo descenso en la adherencia.

El tercer grupo de factores que intervienen en la adherencia terapéutica está referido a la *naturaleza de la enfermedad*. Se ha dicho que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, siendo menor en las enfermedades crónicas asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones. Se ha afirmado que resulta más difícil seguir recomendaciones profilácticas que cuando los síntomas están produciendo malestar.

A pesar de que los factores psicológicos están implicados en los tres grupos de factores anteriores, el cuarto y último grupo de determinantes de la adherencia a los tratamientos está constituido por un amplio conjunto de factores que convencionalmente han sido llamados como *psicosociales*, que involucra, en primer lugar, las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad; a la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad; por otro lado, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia percibida), y, por último, la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida). Se considera que la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de cumplimiento. Algunas personas tienen menos autoeficacia para controlar el consumo tabáquico, la ingesta excesiva de dulces o la práctica sistemática de ejercicios físicos que otras, recordemos que la autoeficacia es siempre una creencia específica sobre algo. La autoeficacia incrementada por una técnica cognitiva en terapias psicológicas a pacientes con EPOC para involucrarlos en un programa de ejercicios físicos, predijo significativamente el grado de cumplimiento durante el seguimiento. El *apoyo social y familiar* también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar a mantener el régimen médico; el refuerzo de la familia y personas significativas puede facilitarlos; cuando las recomendaciones incluyan cambios en estilos de vida puede ser especialmente necesario el refuerzo de allegados para iniciar y mantener los cambios.

Como puede apreciarse, el cumplimiento de las prescripciones o adherencia terapéutica está influenciada por factores psicosociales como la creencia que se tiene acerca del síntoma y la administración de medicamentos, el tiempo transcurrido luego del diagnóstico, la percepción que se tiene de la complejidad de la enfermedad y la información recibida acerca del carácter progresivo de la enfermedad crónica. El compromiso con este cumplimiento se facilitará cuando el paciente perciba mejoría por el tratamiento indicado; sin embargo,

esta misma percepción de mejoría, puede hacer que el paciente interrumpa el tratamiento. Se han encontrado asociaciones positivas del compromiso con el cumplimiento del tratamiento y rasgos de personalidad tales como la extraversión, la apertura, la responsabilidad, la conciencia y la escrupulosidad, los estilos de afrontamiento activo y la capacidad de integrar emociones, la relación empática entre el profesional y el paciente, la escucha por parte del médico tratante y los espacios de confianza en donde el paciente expresa de forma libre sus inquietudes y problemas facilitando así su participación en la toma de decisiones y en la explicación de las dudas que surgen durante la prescripción.

Durante el proceso de la enfermedad, los pacientes desarrollan **estrategias de afrontamiento** ante ella, como el automanejo y la autorregulación, buscando control sobre los síntomas, los tratamientos, las consecuencias físicas y psicosociales y la realización de ajustes a un estilo de vida (actividad física) con una condición crónica que les permita mantener una calidad de vida satisfactoria. Las estrategias de afrontamiento activas, tales como la resolución de problemas y la recopilación de información, además de la regulación de las emociones, contribuyen al manejo del dolor, los estados de ánimo depresivos y el aumento de la capacidad funcional. Asimismo, existen estrategias activas encaminadas al ajuste de objetivos que dan sentido de identidad y significado a la vida, tributando al bienestar psicológico del enfermo.

Teniendo en cuenta estos aspectos psicosociales, las intervenciones psicológicas deben estar encaminadas a brindar estrategias para el manejo de las condiciones emocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes. Entre las técnicas de intervención deben ser incluidas la **entrevista motivacional**, que facilita la adquisición de un compromiso para el cambio comportamental a través del reconocimiento y empoderamiento frente a los problemas presentes y potenciales; esta entrevista se centra en las verbalizaciones y actitudes del paciente que permitan la identificación de ambivalencia, hábitos o conductas poco sanos que sea necesario trabajar para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Otra estrategia es la **intervención psicoeducativa**, que, involucrando al paciente de manera activa, brinda información pertinente, clara y comprensiva por un especialista, permite cambios a nivel de creencias y mitos sobre la enfermedad, plantea sugerencias para el afrontamiento de situaciones cotidianas y el manejo del impacto de la enfermedad en la vida del paciente y favorece la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios necesarios. A pesar de que debe mantenerse la educación dentro de la intervención de manera continua para que ella contribuya a los cambios necesarios en los comportamientos del paciente, la mayor parte de las intervenciones consisten en aplicaciones relativamente cortas con una duración de una o dos horas durante ocho o diez semanas, en dependencia de las necesidades de los pacientes.

Durante la intervención psico-educativa suele entrenarse a los enfermos en **habilidades para el manejo del estrés**, a partir de la reducción de la atención al evento que puede generarlo y el cambio en la forma en la que este se asume, estas habilidades permiten complementar el tratamiento farmacológico puesto que incrementan el bienestar emocional y el funcionamiento psicológico, social y conductual. También se utilizan **estrategias cognitivo-conductuales** para mejorar las habilidades de autogestión, autoeficacia y control de la enfermedad. Materiales de corte audio-visual como folletos, información por correos electrónicos, páginas web y mensajes de texto dirigidos a celulares sobre ejercicios propician el seguimiento y facilitan el compromiso y la participación activa en

el cambio del paciente. Estas modernas **técnicas basadas en el uso generalizado de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en la vida cotidiana** facilitan el fortalecimiento de los recursos de autocontrol del paciente, al proporcionar el conocimiento esencial y las habilidades para afrontar eficazmente las demandas de la enfermedad, ayudan a mantener un aceptable nivel de funcionamiento físico y social; y pueden brindar apoyo en las redes sociales. Bien utilizadas pueden brindar muy buenos resultados a nivel emocional, instrumental y social.

Hay evidencias que reportan diferencias en los **programas de intervención de autocuidado en función del grado de autoeficacia**: los pacientes con baja autoeficacia requieren un mayor conocimiento sobre los comportamientos saludables y sobre el compromiso que deben tener en su proceso; los que tienen alta autoeficacia en la búsqueda de ayuda, manejan sus propios problemas relacionados con salud y no resultará necesaria su participación regular en un programa, solo dependerá de las necesidades percibidas por el paciente y los profesionales que lo atienden.

Otras intervenciones terapéuticas buscan promover la salud a través de la **autorregulación por medio del entrenamiento en el reconocimiento de estados mentales y la sensación de control sobre el organismo y sobre el comportamiento**. La meditación, el yoga, las técnicas de relajación y respiración, la hipnoterapia, la imaginería visual y los procedimientos de bio-retroalimentación o biofeedback son útiles en las condiciones de estrés psicológico, que con frecuencia se presenta en las ECNT.

Diversas **metodologías para el cambio por etapas** han sido propuestas para modificar el estilo de vida de los pacientes. Estas intervenciones persiguen cambios en la actividad física, la alimentación sana, la pérdida de peso y el seguimiento de las recomendaciones con respecto a los medicamentos; generalmente están dirigidas a activar mecanismos subyacentes como el autocontrol (incluye motivación, acción, mantenimiento, dirección social y emocional y determinantes cognoscitivos) y la autorregulación. Algunas de estas metodologías han sido empleadas en nuestro país en estudios puntuales con fines preventivos para disminuir factores de riesgo en cáncer.

Las **terapias cognitivo-conductuales ante el dolor** proporcionan estrategias a través del fortalecimiento de habilidades para el afrontamiento y la reestructuración cognoscitiva para que el paciente comprenda cómo los pensamientos y las emociones están relacionadas con la presencia de dolor y las utilice para su manejo. Al existir asociación entre creencias y percepción focalizada del dolor, la aplicación de técnicas de distracción (control atencional), pueden disminuir la sensación de dolor, su intensidad. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) aumentan también la aceptación de la enfermedad y la comprensión de las condiciones de dolor crónico, con el fin de facilitar su adaptación y mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de pacientes y familiares, permitiendo incrementar la actividad y disminuir el consumo de fármacos. En general, los resultados en dimensiones de la CVRS como el dolor, la fatiga, el funcionamiento físico y los estados de ánimo han demostrado la efectividad de las TCC; especialmente cuando se involucra la relajación/visualización y la hipnosis.

Además del control del dolor, existen otras intervenciones basadas en **TCC para el afrontamiento de estados de ansiedad y depresivos**, cuyo objetivo es impedir que los estados negativos del paciente provoquen un surgimiento, empeoramiento o resurgimiento de los síntomas. Dentro de estas intervenciones

se incluyen el registro de cogniciones disfuncionales, el interrogatorio directo, el entrenamiento en detección de cambios en estado de ánimo durante la sesión, la modificación de conceptos o creencias distorsionadas, la programación y entrenamiento de actividades instrumentales y la asignación y seguimiento de tareas; estas técnicas terapéuticas están dirigidas centralmente a las cogniciones y a los comportamientos y su efectividad se muestra en la disminución de los estados depresivos, la disminución en las expresiones negativas acerca del estado de salud, el reporte de un nivel de calidad de vida incrementado y la adaptación y ajuste a la condición de salud. Algunos procedimientos buscan que el paciente aprenda que sus actos tienen consecuencias, que piense de manera diferente (racional), con el fin de manejar sus emociones y conductas; este proceso busca hacer explícitas las auto-verbalizaciones y evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de manera sensata, más funcional y menos dolorosa.

Otro tipo de intervenciones propuestas para el manejo de las variables psicológicas y espirituales asociadas a las ECNT, es el **alivio del sufrimiento emocional y el fomento de un comportamiento constructivo** a través de la identificación de las cogniciones desadaptativas que subyacen en el sufrimiento de cada persona. El examen de la validez y la utilidad de pensamientos destructivos, la reformulación de cogniciones que están asociadas con el sufrimiento menos intenso y el facilitar procesos de aceptación y trascendencia, buscando un sentido al sufrimiento y la preservación de la dignidad, puede modificar interpretaciones que resulten catastróficas para el paciente, especialmente en etapas avanzadas de las enfermedades crónicas.

Además de las anteriores intervenciones individuales o grupales con los pacientes, se plantea la importancia del **apoyo por parte de otras personas en el proceso de enfermedad**, puesto que permite mejorar la calidad de vida y los síntomas depresivos de los pacientes con ECNT; se ha sugerido que el apoyo social, puede jugar un papel importante retardando la progresión de varias enfermedades crónicas degenerativas. Se ha reportado una influencia positiva en la recuperación, en la supervivencia del paciente y en la respuesta del organismo al tratamiento, cuando el paciente participa en redes sociales de calidad; incluso, se ha reportado que las personas con pareja no solo son más saludables, sino que los enfermos con pareja tienden a complicarse menos y tener mejor calidad de vida que las personas que no cuentan con una compañía permanente, debido al apoyo social derivado de esta condición. En general, la **participación de los cuidadores familiares en las intervenciones terapéuticas** ayuda a modificar estilos de vida, contribuye a evitar recaídas y mejora la sintomatología del paciente, de aquí la importancia del entrenamiento y protección de cuidadores familiares y la disminución de la llamada “carga del cuidador” de enfermos crónicos y de las acciones de recuperación incluso después de la muerte del enfermo, durante el proceso de duelo. No hay que descuidar aquí el **autocuidado que deben tener los propios profesionales de la salud que trabajan con enfermos crónicos** para disminuir el estrés laboral y prevenir el desgaste profesional (*burnout*) que también repercute en la calidad del servicio que se presta a pacientes crónicos y cuidadores familiares.

A modo de conclusiones

El componente psicológico o psicosocial está presente en las enfermedades crónicas, tanto en la vulnerabilidad para enfermar como en la protección y las

acciones de prevención. Y también puede retardar la progresión de la enfermedad y propiciar un mejor ajuste a esta en el paciente, el cuidador familiar y los cuidadores profesionales.

La especificidad en la evaluación e intervención psicológica en los enfermos crónicos involucra nuevos retos a la organización de los servicios de salud e incuestionables desafíos en el orden ético que van más allá del paciente, y alcanzan a la familia, la comunidad y a toda la sociedad.

La inserción de psicólogos en los equipos interdisciplinarios en escenarios institucionales de salud permite brindar una atención integral al paciente en pos de mejor calidad de vida, generar resultados efectivos en menor tiempo, disminuir recaídas, mejorar la calidad de la atención y reducir la carga del sistema de salud causada por la necesidad de atención de los médicos especialistas a los pacientes que padecen ECNT.

A causa de la complejidad del proceso continuo de salud-enfermedad y del proceso que sigue el paciente con una ECNT, la intervención sobre las variables psicológicas se encuentra asociada a cambios en variables muy importantes como el compromiso con el cumplimiento del tratamiento e incremento de la adherencia a las prescripciones, los cambios en la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean y el mejor ajuste o adaptación a la enfermedad y sus tratamientos. Obviamente, lo psicológico por sí mismo no garantiza curar una enfermedad crónica, pero, interactuando con acciones médicas y de otros profesionales, puede hacer más fácil, humano y digno el curso de la enfermedad, con un mejor desempeño del rol social y laboral de los pacientes y sus familiares y con menores costos para los servicios y sistemas de salud.

- Los siguientes relatos se basan en casos reales, pero con nombres e historias ficticios y han sido elaborados para que el lector los compare y elabore sus propias conclusiones. El objetivo es que reflexione sobre los aspectos psicosociales que son comunes y diferentes.

En ambos relatos se han presentado algunas consecuencias de vivir con enfermedades crónicas. Hay diferencias y semejanzas entre los dos casos. La demencia y el cáncer, como otras enfermedades, comparten muchos elementos psicosociales comunes. La etiología y el curso biológico de la enfermedad varía, pero los ajustes emocionales y físicos, la afectación de la dinámica familiar, la necesidad de obtener cuidados médicos y la urgencia de que el paciente desarrolle cierto autocuidado se da en ambas enfermedades y en otras muchas.

Lea cuidadosamente ambos casos, y luego responda a estas dos preguntas:

1. ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias entre ambos casos?
2. ¿Qué factores psicosociales están presentes en ellos?

Caso 1: Silvia

Silvia es una estudiante de 16 años de edad, a quien se diagnosticó un tumor del sistema linfático. Había advertido un bulto en su cuerpo y no conocía causa alguna a la que atribuir su aparición. Examinada inicialmente por varios especialistas, el oncólogo, finalmente, indicó estudios que confirmaron el diagnóstico.

El tratamiento que recibió fue fuerte, pero el personal que la atendió fue siempre sincero y estaba dispuesto a explicar cada una de las facetas del diagnóstico y el tratamiento y cualquier otra inquietud o preocupación de Silvia. Por otra parte, estos profesionales estaban preparados para afrontar las reacciones de la paciente ante el diagnóstico, la primera de las cuales fue la ira: su enfado iba dirigido a todo el mundo y prevaleció durante un tiempo. La comprensión de sus médicos le ayudó a asimilar la noticia y a aceptar el tratamiento, que consistía en un régimen de quimioterapia, seguida de seis meses de un tratamiento menos intensivo. Su experiencia durante los tres primeros meses de quimioterapia fue difícil. Perdió 15 kilos, experimentó atrofia muscular y problemas de la coordinación, a la vez que perdió el cabello. Sin embargo, el tratamiento tuvo éxito: el tumor empezó a disminuir...

La vida de Silvia estaba por esos tiempos totalmente supeditada a la enfermedad, así como al tratamiento. Además de las dificultades que imponía viajar al hospital para ser tratada y soportar los efectos secundarios, tenía que afrontar cambios en su vida debidos a la presencia de los trastornos. Sus amigos la trataban de forma distinta, actuando de forma torpe y sin saber qué decir. Silvia sabía que ellos nunca habían tenido que enfrentarse a una situación en la que uno de sus amigos de la misma edad tuviese una enfermedad potencialmente letal. “Yo nunca pensé que esto pudiera ocurrirle a nadie que yo conociese...”, exclamó un día. Silvia había estado saliendo con un chico durante tres meses cuando le diagnosticaron la enfermedad, y temió que esta podría provocar la ruptura de su relación. De esta manera, dijo a su novio que, si la situación le resultaba insostenible, ella lo entendería. El respondió que

creía que sería capaz de soportarla, lo cual ocurrió efectivamente. Él la apoyó mucho.

Silvia no pudo asistir a la escuela todo el tiempo durante el tratamiento, pero estudió en casa y se graduó al mismo tiempo que sus compañeros de clase. Recuerda que no le resultaba difícil mantener el ritmo de las clases, pero la soledad sí. En lugar de ir a la escuela y estar con sus amigos, tenía muchas veces que estudiar sola en casa. Ella considera que esta experiencia la hizo cambiar, convirtiéndose en una persona menos sociable y con una menor tendencia a salir de casa.

El estado de salud de Silvia fue mejorando y, si bien su diagnóstico y su tratamiento eran difíciles y dolorosos, ella afirmaba que siempre había considerado que podía haber sido peor. Nunca creyó que fuera a morir y tampoco procuró vivir cada día como si fuese el último. Sin embargo, dejó de creer en su invulnerabilidad.

Caso 2: Adela

Marcela estaba preocupada por Adela, su madre, que parecía olvidarse cada vez más de las cosas. Al inicio, atribuyó estos fallos de memoria a la edad de Adela: 91 años, y era lógico que olvidara ciertas cosas en algunas ocasiones, pero esto se hacía cada vez más molesto. Un día, Marcela advirtió que la cocina seguía encendida a la intensidad máxima. Sin decir nada a su madre, la apagó. La misma tarde, Marcela preguntó a su madre qué había preparado en la cocina para cenar y se sorprendió al responderle esta que había olvidado comer. ¿Sería posible que Adela haya encendido la cocina y luego olvidara cocinar y hasta comer? Esta cuestión resultó muy molesta para su hija.

Varios meses después, su madre se enojó repentinamente y le acusó de perderle los espejuelos: “No quieres que lea... qué pretendes hacerme?”; la hija intentó convencerle de que no los había escondido y que no pretendía hacerle nada, pero Adela seguía sin creerle. A medida que el tiempo transcurría, las pérdidas de memoria empezaron a desconcertar cada vez más. Solía olvidar comer, bañarse, peinarse... Por otra parte, confundía repetidamente los nombres de sus hijos, perdía el interés en la lectura y en la TV, no entendía ciertas instrucciones y tenía dificultades para hacerse entender. Pero lo que más afectaba a la familia era que Adela no podía dormir de noche en su cama, decía que tenía dolor en las piernas y se pasaba todo el tiempo caminando por la casa. Estaba hasta cierto punto consciente de sus pérdidas de memoria y se enfadaba consigo misma cuando no podía recordar algunos nombres o tenía que interrumpir lo que iba a decir a continuación. También se compadecía de su familia, diciendo continuamente que “estaba dando mucha guerra”, que no quería “ser carga”. No obstante, su memoria relacionada con acontecimientos antiguos parecía conservarse más intacta. Preguntaba con frecuencia en sus paseos nocturnos por la casa, siempre acompañada de un familiar: “¿quién está durmiendo en el sofá?”, y por mucho que le explicaban, volvía a repetir la pregunta al rato.

Marcela se preguntaba si el infarto cerebral que había sufrido Adela hacía algunos años había producido un problema circulatorio a nivel cerebral. La geriatra le dijo que no podría confirmar el diagnóstico absoluto de una demencia de Alzheimer, que parecía más bien una demencia vascular... Su hija sabía que la mayor responsabilidad era la que ella asumía, solo eliminando otras causas posibles de la demencia de Adela cabría determinar si ella padecía

otra enfermedad. Pero, ¿valdría la pena someterla a estudios cruentos y molestos? Al fin y al cabo, pensó Marcela, una demencia vascular o un Alzheimer pueden resultar igualmente difíciles de llevar... lo importante era "manejar el sufrimiento" y que Adela se sintiese lo mejor posible...

Psicología para los cuidados del cuidador

Raquel Pérez Díaz

Envejecimiento y cuidados

Asistimos a un mundo envejecido caracterizado por su feminización y heterogeneidad, así como por la presencia de divergencias socioeconómicas entre sus países. Este envejecimiento, sin embargo, demuestra el éxito de una humanidad que ha sobrepasado a la de tiempos pasados, y que avanza por nuevos caminos de progreso y desarrollo. Entre las causas más relevantes que han contribuido al envejecimiento poblacional se resaltan: la baja natalidad y fecundidad de las poblaciones (o sea, menos nacimientos, más planificación de estos, más incorporación de la mujer al trabajo y a las tareas sociales); el aumento de la esperanza de vida al nacer (se viven más años) y la baja mortalidad (pérdida por fallecimientos).

A este crecimiento poblacional se le ha llamado envejecimiento demográfico, destacándose el envejecimiento epidemiológico como aquel que es el resultado de una modificación de la morbilidad (prevalencia de las enfermedades) y de la mortalidad. De este modo, a nivel mundial se ha producido un cambio epidemiológico de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas no transmisibles, el cual es el resultado de los avances científico-técnicos en materia de salud y las mejoras en el control epidemiológico de las naciones, aunque se presentan aún diferencias marcadas en torno a los recursos disponibles para afrontar los nuevos retos, con inequidades para los países [Centro de Población Latinoamericano (CEPAL), 2018].

Mientras países como Japón (país más envejecido), China, Suiza, Suecia, Dinamarca, España, Canadá y Estados Unidos muestran una alta expansión de la vida, otros países no alcanzan la edad de 60 años en su supervivencia tal es el caso de Sierra Leona donde, en 2016, se reportó una esperanza de vida al nacer de 50,8 años para las mujeres y de 49,3 para los hombres, destacándose la importancia de establecer políticas sociales y de salud encaminadas a disminuir las inequidades sociales [Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015].

América Latina y el Caribe no es una excepción a todo lo expresado con anterioridad. En 2015, 14,6 % de las Américas eran personas mayores de 60 años, y para 2025 se estima que Barbados y Cuba serán los países más envejecidos de América Latina y el Caribe ([Ministerio de Salud Pública (MINSAP), 2017]; [Oficina Nacional de Estadística (ONEI), 2018]; OMS, 2015).

Existe, a su vez, un sobre-envejecimiento, o sea, personas de más de 80 años, e incluso, centenarias (1,6 % en América Latina). Se espera que

para 2050 esta población llegue a 8,6 % y 5,7 %, respectivamente. A su vez, los principales problemas de salud en las Américas y el Caribe son: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias, los trastornos mentales, las discapacidades, los accidentes de tránsito, y todas las formas de violencia interpersonal que constituyen las causas fundamentales de enfermedad, discapacidad y muerte [Organización de Naciones Unidas (ONU), 2018a)]; [Organización Panamericana de la Salud (PAHO), 2019, 2017].

Estos cambios tienen una influencia determinante en las proyecciones y reajustes que deben hacer los pueblos y sus gobiernos para adecuarse a las realidades económicas y sociales en las que viven. Así, se deberán considerar, dentro de lo económico, temas tales como: los mercados de trabajo, la jubilación y sus edades, los cambios medioambientales, las inversiones financieras, el empleo de las tecnologías, las diferencias y particularidades entre diferentes grupos de edades. En torno a lo social lo referente a los modos y estilos de vida a nivel individual, familiar y comunitario, los cambios en la estructura familiar, el cuidado a las personas mayores y al cuidador, la atención social y de salud adecuándolos a las realidades de los mayores y la necesidad de capacitar a los especialistas y personas que deben atender a los mayores en temas de envejecimiento, las particularidades de la vejez, la salud y la enfermedad física y mental de estos (CEPAL, 2018; ONU, 2015; OMS, 2017, 2015).

En este escenario demográfico y epidemiológico se presenta una tipología de personas mayores heterogénea en la cual existen unas sanas e independientes, otras que tienen enfermedades crónicas y se mantienen independientes, hasta aquellas que son frágiles y otras discapacitadas o dependientes para las actividades del diario vivir.

La presencia de una mayor comorbilidad (varias enfermedades a la vez), polifarmacia (ingestión de tres o más medicamentos) y fragilidad (vulnerabilidad a enfermar) incrementan el riesgo de pérdida de autonomía e independencia en el mayor y de la necesidad de hacer cambios en la atención y distribución de los servicios, del personal de salud capacitado en temas de la gerontología y la geriatría, la existencia de redes de apoyo social que puedan ayudar en su cuidado y la accesibilidad y existencia de protección social institucional.

La Organización Mundial de la Salud define la salud de la persona mayor como: “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2015: .246).

Los cambios en la demografía y la epidemiología actual y las nuevas concepciones acerca del empoderamiento de los ancianos, la necesidad de la creación de entornos favorables y los avances en las tecnologías han modificado los puntos de vista a la hora de llevar a cabo la toma de decisiones en cuanto a la persona mayor se requiere. Se destaca la importancia de la permanencia, de ser posible, del mayor en su entorno por lo que se hace cada vez más necesaria la presencia del cuidado de la persona dependiente, y, por supuesto, del autocuidado del que lo ofrece destacándose así que: si el que cuida no se cuida, no hay cuidado que garantice el bienestar de ambos.

Si bien el cuidado puede ser a cualquier persona o grupo humano que lo necesite, y, algunos aspectos generales pueden servir a estos, el centro de atención de este acápite hace referencia al cuidado de aquellas personas mayores que lo requieren y sus cuidadores.

Acerca de los conceptos cuidado, cuidador y autocuidado

Cuidar se define como una relación y un proceso; no es la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por un médico. El objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad. Es una relación constituida por una disposición auténtica para con el otro, de reciprocidad y compromiso a fin de promover el bienestar del otro. El cuidado es un trabajo de entrega y con ello se manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico de cuidar a otro (Espín, 2011). De este modo, algunos conceptos relevantes se pueden apreciar en la figura 1.

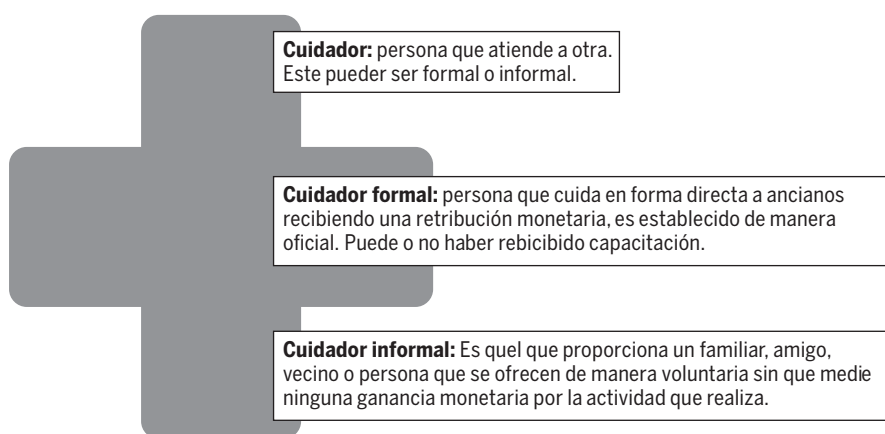


Fig. 1. Conceptos de cuidador, cuidador formal, cuidador informal.

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2015).

La persona que asiste o cuida a otra dependiente es su cuidador y este cuidado puede ser formal cuando oficialmente se recibe una paga u honorario considerándose una forma de trabajo. Este recurso financiado puede venir de una organización estatal o de personas cercanas a la persona mayor como puede ser la familia o amigos que contribuyen a este. Por otro lado, está el cuidador informal el cual suele ser un familiar, amigo o vecino que no recibe honorarios por lo que hace y le brinda ayuda afectiva, informativa e instrumental al anciano.

Finalmente es importante resaltar que, en asuntos de cuidados, existe la persona que asume la total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas según la ayuda formal o informal que reciban. Esta persona es el cuidador principal o primario, en tanto existe el cuidador secundario el cual no tiene la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos (Espín, 2011).

Características del cuidador. Perfil del cuidador

El cuidador familia. Fuente de apoyo familiar

Una de las fuentes más importantes de apoyo y cuidado en la vejez es la familia, en la medida que es la sede de transferencias intergeneracionales de recursos materiales y de cuidados afectivos, de suma importancia en la vida cotidiana de las personas mayores. Existen razones culturales que explican el hecho de que sea la familia la principal fuente de cuidado al anciano dependiente, sobre todo en las culturas hispanas con fuertes sentimientos de lealtad, solidaridad y reciprocidad.

Familia cambios estructurales y realidades

A nivel mundial existen cambios en la estructura y funcionabilidad de la familia (reducción de sus miembros, en especial, de los más jóvenes, por lo tanto, menos personas disponibles para brindar ayuda, modificación de la percepción de la responsabilidad hacia el cuidado de los más viejos, consideraciones del anciano acerca de no ser una carga para los demás, utilización de la internet y el teléfono como formas de comunicación, no posibilitándose una relación cara a cara, entre otras). Todo ello hace complejas las decisiones, sobre todo cuando existe una afectación en la capacidad funcional de este y debe considerarse si el adulto mayor estará mejor en su medio familiar o en una institución geriátrica. Sin embargo, en América Latina y el Caribe los ancianos tienden a vivir en familias, a diferencia de otros países desarrollados. No obstante, estas modificaciones de la estructura familiar y las particularidades demográficas y epidemiológicas influyen en la cantidad y calidad de las redes de apoyo familiar, especialmente los jóvenes, incrementándose la presencia de personas mayores cuidando a ancianos (OMS, 2015). La Oficina Nacional de Estadística e Información refiere que para 2015, el promedio de las personas por hogar en Cuba era de 2,91. Sin embargo, se estima que para 2030 estas disminuyan a un 2,72 (ONEI, 2018).

En el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en el cual se investigaron a personas de 60 años y más de siete ciudades de América Latina y el Caribe (Bridgetow, Buenos Aires, La Habana, México D. F., Montevideo, Santiago de Chile y São Paulo) con un total de 5 064 907 en muestras probabilísticas, se encontró que predominó el apoyo informal familiar para el cuidado de los mayores (Peláez, Palloni, Alfonso, Ham-Chande, Henis, 2000).

A su vez, en el Estudio de Centenarios de Cuba, en el que se trabajó con el universo de ancianos de 100 y más años del país, se reportó que la mayoría de ellos vivían en familia (93,3 %) y solo 26 % recibían apoyo de instituciones. Los cuidadores de los centenarios eran cuidadores primarios (91,91 %), mujeres (86,6 %), de edades comprendidas entre 60-69 años (57,6 %), hijas y nietas [Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) 2012].

En la figura 2 se resumen las principales características del cuidador o el perfil del cuidador según reportes internacionales.

Características del cuidador Perfil del cuidador

La mayoría:

- Son mujeres entre 40-60 años: hijas, esposas, nueras, hermanas; en menor medida son vecinos y amigos.
- Prestan ayuda diaria a su familiar mayor.
- Están casados y viven en el domicilio de la persona cuidada.
- No existe una ocupación laboral remunerada del cuidador.
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas y la rotación de otros familiares es baja.

Fig. 2. Características del cuidador. Adaptado de Espín (2011).

Motivos que llevan al cuidador a cuidar

Diversos son los motivos que llevan al cuidado de la persona mayor. Cualesquiera que sean estos, lo importante es que, si se cuida con respeto, sin hacer daño a la otra persona, con independencia de lo que internamente se está sintiendo, este es adecuado. O sea, si el acto de cuidar cumple con su objetivo y no perjudicamos ni física ni afectivamente al otro, es loable y justo, el cuidador habrá cumplido con decoro la responsabilidad que cuidar tiene. Por lo contrario, si se ofende de palabra, hecho o acción al anciano, se puede caer en actitudes de abuso hacia este. Por todo ello, el cuidador debe cuidarse y reconocer cualquier manifestación de agresividad a fin de evitar que se presente esta o, una vez que aparezca, eliminarla. Para esto es valioso que el cuidador reciba ayuda y consejería, en los casos requeridos, para evitar que se enferme y prevenir el maltrato.

Motivos que llevan al cuidador a cuidar a la persona mayor:

- Por **motivación altruista**, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.
- Por **reciprocidad**, ya que antes la persona ahora cuidada les cuidó a ellos.
- Por la **gratitud y estima** que les muestra la persona cuidada.
- Por sentimientos de culpa del pasado: algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado.
- Para evitar la censura y tener aprobación social de la familia, amigos y conocidos.

Burnout del cuidador o Síndrome del cuidador agotado

Todo cuidado conlleva cierto grado de estrés o tensión. En ocasiones el cuidado es por poco tiempo, pero en otras se extiende por años y hasta décadas. La carga del cuidado es la percepción por parte del cuidador acerca de la repercusión que tiene, en su vida personal y espiritual, el cuidado de la persona mayor dependiente.

Según la Dra. Espín la carga es la “vivencia resultante de la interrelación entre el contexto de cuidado y las características del enfermo, los recursos de afrontamiento, y los estados físicos y emocionales, del cuidador informal de una persona dependiente” (Espín, 2011: 14).

Aunque el cuidado implica la presencia de carga no siempre el cuidador la identifica, por ello es importante reconocerla y abordarla antes que este pueda enfermar. Reconocer los síntomas que anuncian que la carga es excesiva y puede enfermar es de gran valor a fin de evitar la presencia de *burnout*.

Burnout del cuidador o síndrome del cuidador agotado. Síntomas:

Sentimientos y emociones negativas que pueden aparecer:

- Ira, fatiga, agotamiento
- Culpa, soledad, angustia
- Inseguridad, resentimiento

- Ansiedad, tristeza, frustración
- Agresividad, irritabilidad, intolerancia en el cuidado

Factores de riesgo que promueven la enfermedad del cuidador

Los cuidadores de adultos mayores que sufren alguna dependencia se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico, lo que conlleva a un elevado estrés que repercute en la calidad del cuidado que recibe el anciano y en la propia evolución de la enfermedad. Estas afectaciones son:

Orden físico

- Agotamiento físico por la excesiva cantidad de tareas que asumen las personas.
- Sensación de fatiga y cansancio motivada por la falta de sueño.
- La aparición de afecciones óseas, cardiovasculares, y otras de índole físico por el esfuerzo que hacen en el cuidado de los ancianos que tienen afectada la movilidad.
- Descompensación de las enfermedades crónicas que padecen por abandonar los tratamientos médicos dedicándole todo el tiempo al anciano.

Orden psíquico

- La aparición de trastornos emocionales como depresión y ansiedad.
- Emociones como la ira, irritabilidad, la culpa, la ambivalencia emocional (dos emociones contrapuestas, ejemplo: amor y odio, se presentan al mismo tiempo. Así el cuidador puede sentir que quiere a la persona, pero a su vez la rechaza porque esta le absorbe todo su tiempo y le imposibilita la libertad para el desarrollo de cosas que le promueven el bienestar.
- Insomnio (dificultades para conciliar, mantener o dormir el número de horas suficientes que garanticen un descanso adecuado).

Orden socioeconómico

- Actividad y participación social (reducción de las actividades sociales, laborales, recreativas por disponer de poco tiempo).
- Familia: se puede ver afectada la dinámica de la familia por recibir poco apoyo de los miembros y disparidad de criterios en el manejo y cuidado del anciano. Dificultades en la relación de pareja por dedicar demasiado tiempo al anciano.
- Economía: se reduce la economía debido a los recursos destinados al cuidado (alimentación, aseo, medicamentos). El cuidador se ve obligado a dejar el trabajo para cuidar al anciano, reduciendo los ingresos.

Si bien todo lo anterior es cierto, no todo el que cuida se enferma. Por esta razón, a la Psicología le ha interesado, entonces, aquellas características o actitudes que se convierten en fuentes protectoras para la salud del cuidador, cambiando la mirada desde aquello que provoca la enfermedad hacia lo que promueve el bienestar. De este modo, existen factores de riesgo (aquellos que llevan al cuidador a enfermarse) y factores protectores (aquellos que promueven la salud). En la tabla 1 se ofrece una breve descripción.

TABLA 1. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE LA CARGA DEL CUIDADOR

CARGA DEL CUIDADOR	
FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
<p>Familiares. Grado de relación del cuidador con el anciano Los cuidadores que antes de la dependencia mantenían una relación más cercana e íntima con la persona cuidada, la conocían mejor y tenían con ella una buena relación basada en el afecto son los que suelen presentar con más frecuencia una motivación altruista.</p>	<p>Familiares. Grado de relación del cuidador con el anciano Los cuidadores que no conocen a la persona cuidada, y aquellos con malas relaciones familiares tienden a cuidarlos por sentimientos de culpa y por aprobación social.</p>
<p>Parentesco con la persona a la que se cuida Esposo/esposa: Se acepta más el cuidado de la pareja por semejanzas generacionales y por demostración de afecto. También de los hermanos. Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones que las mujeres cuidadoras. Una buena comunicación y actitud por parte de la pareja puede ayudar mucho a rebajar estas tensiones.</p>	<p>Parentesco con la persona a la que se cuida Esposo/esposa: Las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos, e incluso, de organismos oficiales. Pueden aparecer tensiones en la pareja, al ser una relación menos recíproca que anteriormente. Hijos/Hijas: Les resulta difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres ya que normalmente implica cambio de roles y afectar sus planes futuros inmediatos (trabajo, ocio, recreación, estudios).</p>
<p>Relacionados con el propio cuidador Resiliencia: Referida como la adaptación positiva de las habilidades de mantener o recuperar la salud mental, a pesar de las experiencias de adversidad Las emociones positivas, el optimismo y el sentido del humor, posibilitan la regulación de la actividad autonómica y se fortalecen los circuitos de recompensa, lo que llevaría a actuar de manera resiliente.</p>	<p>Relacionados con el propio cuidador Ausencia de resiliencia: Las emociones negativas provocan un aumento de la carga del cuidador y aumentan su probabilidad para enfermar. La ira, la ansiedad y el miedo son factores contribuyentes a la manifestación de sobrecarga del cuidador. Mecanismos de evitación, o sea, no enfrentarse a los problemas, evitándolos, está relacionado con estados de ánimo negativos y aumentan la carga del cuidador.</p>
<p>Apoyo social (variable más importante) A mayor nivel de apoyo social, en especial familiar, mayor salud del cuidador. Lo importante no es tanto la cantidad de apoyo social, como la satisfacción con este.</p>	<p>Apoyo social (es la variable moduladora más importante) A menor nivel de apoyo social y satisfacción con el mismo mayor carga del cuidador.</p>
<p>Sociodemográficas: Edad y sexo: Aunque se ha asociado que a mayor edad mayor carga porque aumentan las posibilidades de tener más enfermedades esto no es siempre así, pues el cuidador joven tiene una serie de necesidades por satisfacer y proyectos que no son compatibles con este rol en estos momentos de su vida, además de contar con menos experiencia. Socioeconómico: A mayor estatus socioeconómico más recursos para el cuidado y ayuda a disminuir la carga.</p>	<p>Sociodemográficas: Edad y sexo: La mayoría de las cuidadoras son mujeres de edad mediana, lo cual las hace vulnerable a tener carga por los cambios físicos y psíquicos del climaterio, la tendencia a la presencia de enfermedades crónicas y por ser la llamada generación sándwich, porque al cuidado de los padres, se les suma el cuidado de los hijos. Socioeconómico: A menor estatus socioeconómico, menores recursos y mayor carga.</p>
<p>Salud: Mejor salud menos carga del cuidador.</p>	<p>Salud: A más enfermedades hay mayor probabilidad de aparición de carga.</p>

CARGA DEL CUIDADOR	
FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
<p>Tiempo de cuidado: Los cuidadores, en el tiempo, pueden ir adaptándose a la situación, crear estrategias de afrontamiento y desarrollar habilidades para el cuidado, que son aspectos que los protegen de la carga.</p>	<p>Tiempo de cuidado: La carga pudiera aumentar con el tiempo de cuidado por el agotamiento que sufre el cuidador y porque todas las repercusiones físicas, psíquicas y socioeconómicas que se acrecientan con el paso del tiempo.</p>
<p>Relacionados con el enfermo cuidado A menor nivel de dependencia del anciano, más ayuda y por ende menor carga del cuidador Buen estado de ánimo del anciano facilita el cuidado.</p>	<p>Relacionados con el enfermo cuidado A mayor dependencia del anciano hay mayor carga del cuidador. Cuando en el anciano existen trastorno de conducta o psíquicos de difícil manejo es mayor la carga del cuidador.</p>

Fuente: Adaptado de Espín (2011), Cerquera (2014).

Espín encontró, en su tesis doctoral, que el estado funcional del enfermo, los trastornos de conducta, el estado de salud del cuidador, la disfunción familiar y la depresión fueron factores de riesgo que condujeron a la presencia de carga del cuidador (Espín, 2011).



Si el que cuida no se cuida no hay cuidado

La esencia del cuidado está en prevenir la carga a fin de evitar que el cuidador se enferme. Para ello, este debe reconocer los factores de riesgo que aumentan la carga y la probabilidad de enfermar; identificar los síntomas que la caracterizan y buscar ayuda especializada, de un psicólogo, cuando lo requiera.

Son diversas las modalidades de intervención que pueden implementarse para disminuir la carga del cuidador. La capacitación y educación a la familia, y en particular, a los cuidadores.

Se han considerado tres tipos de intervenciones diferenciadas para cuidadores de ancianos dependientes: el asesoramiento familiar, los servicios comunitarios y los programas psicoeducativos y psicoterapéuticos. Estas últimas son las que más resultados han reportado en la disminución de la carga y la depresión (Espín, 2011).

El asesoramiento a la familia va dirigida a la consejería en torno a los cuidados y la búsqueda de la adecuación del tiempo, roles, armonía y cohesión en los cuidados, así como derivarla a un psicólogo en caso de que se requiera de una intervención psicoterapéutica especializada. Los servicios comunitarios sirven de apoyo formal para el cuidado del anciano dependiente y del propio cuidador (como centros de respiro) y con objetivos definidos de acuerdo al tipo de prestación social. Los programas psicoeducativos tienen el propósito de ofrecer información acerca de la enfermedad y su manejo, así como brindar estrategias de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores. Ellos trabajan: aspectos informativos, habilidades para el cuidado y los elementos emocionales, a partir de necesidades de aprendizaje de este.

Para lograr la mayor eficacia de este tipo de intervenciones se deben tener en cuenta una serie de elementos:

- Adecuarlos a las necesidades de los cuidadores.
- Realizar un trabajo multidisciplinario.
- Realizar la intervención precozmente.
- Equilibrar los componentes: informativo, emocional y habilidades del cuidador.
- Integrarlos a los servicios sociales y sanitarios de la comunidad.

Aspectos informativos sobre la enfermedad y el enfermo que el psicólogo debe indagar, para los cuidados del cuidador

¿En qué consiste la enfermedad que sufre su familiar? ¿Cuáles son sus causas? ¿Cómo suele evolucionar esta enfermedad? ¿Qué cambios son esperables en el funcionamiento o comportamiento de su familiar? ¿Qué es lo que pueden hacer ellos para ayudar a su familiar? ¿Cómo deben cuidarle o qué tipo de ayuda deben proporcionarle? ¿Qué recursos pueden utilizar y en qué servicios pueden encontrar algún tipo de ayuda o asesoramiento? ¿Cómo pueden acceder a dichos recursos y servicios? ¿Cómo pueden solucionar determinados problemas de comportamiento de su familiar dependiente? ¿Cómo deben afrontar dichas conductas problemáticas?

Entre los contenidos más relevantes que debe tener un programa psicoeducativo dirigido a cuidadores de personas mayores dependientes se señalan: la promoción de salud del anciano, higiene personal, ejercicio físico, hábitos de sueño, identificación de estados emocionales negativos, inserción familiar y utilidad social, bioética, estimulación cognitiva y comunicación efectiva.

Algunas habilidades para el cuidado y elementos emocionales que debe tener el cuidador a fin de evitar que se sobrecargue y pueda llegar a tener un *burnout* o síndrome del cuidador agotado se presentan a continuación

En torno a la salud

- Descansar es imprescindible.
- Procurarse tiempo para uno mismo.
- Expresar a las demás personas lo que se siente y no tener sentimientos de culpa por ello.
- Poner límite a la cantidad de cuidado. Esto es: aprender a delegar, “saber decir que no”, hábitos saludables, controlar el estrés y los sentimientos negativos.
- Pedir ayuda. Los demás no tienen que descubrir o “adivinar” lo que le pasa. Hay que comunicarlo.
- Pedir ayuda no es un signo de debilidad: es una excelente forma de cuidar.
- División de responsabilidades entre los miembros de la familia.

Para ello el especialista ayuda en la organización de las reuniones familiares

Algunas cuestiones a tratar en las reuniones familiares: ¿Qué personas están dispuestas a participar en el cuidado? ¿Hasta qué grado de compromiso puede llegar cada familiar, teniendo en cuenta sus circunstancias? ¿Qué limitaciones tiene cada miembro de la familia para la prestación de la ayuda? ¿Quién se va a ocupar de qué? ¿Qué tareas serán llevadas a cabo por quién? ¿En qué días?

En torno a lo social

- Conservar a los amigos o hacer otros nuevos, ya que pueden ayudar a soportar los momentos difíciles.
- Mantener actividades que siempre le han gustado: ir al cine, pasear, tomar un café, entre otras.
- Hay que procurar tomarse unas vacaciones, aunque sea solo por momentos o unos días, ya que serán un respiro físico y psicológico.
- Buscar apoyo, utilizar servicios de ayuda para el cuidador, consultar profesionales, información, buscar apoyo en familiares y amigos.

Integrarlos a los servicios sociales y sanitarios de la comunidad

Las principales redes de apoyo comunitarias disponibles en servicios cubanos son: la casa de abuelos, círculos de abuelos, grupos de orientación y recreación, movimientos de jubilados, los hogares de ancianos, el centro de día, servicios de ayuda al domicilio (tabla 2).

TABLA 2. CUIDADOS FORMALES

REDES DE APOYO FORMALES	CARACTERÍSTICAS
Casa de abuelos	Centros de atención diurna que incluye a los ancianos que tienen algunas limitaciones para las actividades instrumentadas de la vida diaria (ya sean sanos o con un deterioro cognitivo mínimo); que viven solos o permanecen solos en su hogar debido a que sus familiares trabajan y no les es posible su atención diurna; también las personas mayores que tienen riesgo de sufrir accidentes, malnutrición, depresión, suicidio. Se excluyen los ancianos con discapacidad física o mental.

TABLA 2. CUIDADOS FORMALES (CONT.)

REDES DE APOYO FORMALES	CARACTERÍSTICAS
Círculos de abuelos	Agrupaciones voluntarias de ancianos que mediante acciones de promoción y prevención mantienen la funcionalidad, promueven estilos de vida saludable y la interacción social, que extienden a su entorno social realizando visitas a otros ancianos, donde se reúnen para ver películas, realizar actividades sociales y otras. Se apoyan en el Programa de Cultura con los movimientos de Aficionados, en los Programas del Instituto de Deporte Educación y Recreación (INDER) y el MINSAP (médico de la familia).
Grupos de orientación y recreación	Espacio en el cual se reúnen los ancianos para la recreación y estimulación (casa de cultura, juegan dominó, tejen, liceo para ancianos). De ahí pueden salir grupos de autoayuda.
Movimiento de jubilados	Los ancianos son llamados a sus antiguos centros de trabajo para transmitir sus experiencias a las nuevas generaciones e intervienen en los programas de preparación para la jubilación. Se crea en la propia empresa, en el centro de trabajo.
Hogares de Ancianos (Residencias Geriátricas, Home, Centros Residenciales)	Su objetivo es mejorar la calidad de vida del anciano. Tiene que ser con la anuencia del anciano (capacidad jurídica). Puede estar en régimen interno o semi interno. Se puede reevaluar y retornar al medio si las condiciones mejoran. Se incluyen los ancianos sin amparo filial, los discapacitados, aquellos que son deambulantes, o que se encuentran en un medio hostil donde están inmersos en familias disfuncionales (alcoholismo, enfermedades psiquiátricas). El familiar único trabaja y permanecen solos con discapacidad.
Centro de día	El equipo multidisciplinario será el encargado de la elaboración de un Plan General de Intervención que debe tener en cuenta al anciano y a la familia. Una de las limitaciones más frecuentes es la falta de personal especializado permanente en este tipo de centros.
Servicios de ayuda al Domicilio (SAD)	A través del Programa del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social del Ministerio de Salud Pública se forman y contratan cuidadores geriátricos (auxiliares de atención geriátrica) que son formales (no obligados, no convivientes, no lazos sanguíneos). En ancianos solos, encamados, con discapacidad para propiciarles los cuidados de: alimentación, limpieza de la vivienda, aseo personal, buscar y administrar los medicamentos, sacar a pasear al enfermo, entre otras).

Fuente: Adaptado de: Riquelme, Martín, Carrillo, López (2010). *Redes de apoyo formales. Características.*


En otros países existen diferentes recursos de apoyo formal al cuidador como son: el Programa de Teleasistencia Domiciliaria (prestación complementaria del Servicio de Ayuda a Domicilio que ofrece un sistema de control y alarma informático a fin de que se ayude en el hogar al anciano, cuando este lo requiera, a través de un servicio computarizado). En otros Vivir acompañados (ancianos que viven solos y tienen una vivienda ofrecen a jóvenes estudiantes de otras localidades la posibilidad de vivir con ellos/as a cambio de compañía y atención a ciertas cuestiones básicas del hogar. Por su parte, el joven se compromete a convivir con el mayor y ayudarlo en aquellas cuestiones donde presente dificultades. Las Viviendas para Mayores (ancianos que carecen de un hogar o este no cumple con las condiciones mínimas de salubridad, viven en pisos protegidos donde residen de cinco a diez de ellos) y programas de recreo de turismo con precios adaptados para ellos.

Como consideraciones finales se debe resaltar que los progresos científico-técnicos nos presentan un escenario mundial donde la esperanza de vida al nacer es cada vez mayor y las poblaciones se encuentran envejecidas. Se muestra una gran variedad de ancianos, algunos de ellos necesitados de cuidados tanto formal como informal, dentro de este último, sobre todo, en la cultura latina, la familia es el centro de atención a la persona mayor y ha sufrido cambios en su estructura los cuales tienen repercusión en el cuidado. El cuidador debe aprender a cuidarse a fin de evitar el burnout y comprender que, aunque los motivos de cuidar puedan ser diferentes, siempre será un acto de entrega, compromiso y dedicación que destaca los mejores valores de este como ser humano.

9

Consejos para el cuidado del cuidador

centro
virtual.
sobre el
envejecimiento



Déjate ayudar.

Rodéate de gente de confianza y apóyate en ellos.



Cuídate.

Un cuidador que no está sano no podrá ejercer un buen cuidado.

Piensa en tu futuro.

Si piensas en él y te propones metas podrás mejorarlo.

Sigue haciendo lo que más te gusta.

Es posible que tengas que reducir el tiempo, pero no renuncies a ello.

Aléjate de la culpa.

Nadie ha elegido estar en esta situación.



Utiliza el sentido del humor.

Es un arma muy útil para afrontar los problemas.

Organízate.

Una buena planificación del tiempo te permitirá mantener algunas actividades.

Busca el lado bueno de la situación.

Encuentra qué beneficios personales te ha aportado la experiencia del cuidado.

Date permiso.

Expresa emociones, sentimientos y pensamientos con quien te sientas cómodo.

La psicología y las personas con necesidades especiales

Omar Torres Rodríguez

Los avances científicos acaecidos a escala universal en los últimos tiempos han impactado en las ciencias sociales y, por tanto, en la gestión y práctica de los servicios que prestan sus profesionales, para satisfacer las demandas cada vez más crecientes, exigentes y hasta fortuitas de la sociedad y, como parte de ella, de las personas con necesidades especiales dada su condición, sea esta por presentar una discapacidad o cualquiera otra desviación o trastorno del desarrollo u otras causales.

Las consecuencias de tales avances han influido también en los estilos y filosofía del modo de vida, las estrategias de subsistencia, la cosmovisión del mundo y otras concepciones o prácticas de convivencia social, al punto de determinar en lo esencial, los estándares vitales, los medios para su consecución y los criterios valorativos de la pertinencia de sus efectos, todo lo cual incide de manera decisiva en la confluencia del sistema de valores que subyacen en la orientación de la personalidad. Son este confluído conjunto de factores, entre muchos otros, los que de alguna manera marcan pautas respecto a la percepción que actualmente se tiene sobre las personas con necesidades especiales, las estrategias para su atención y hasta para ponderar y exigir el uso legítimo de sus derechos como miembros de la sociedad, entre otros.

En los últimos tiempos, el tema necesidades especiales es bastante utilizado, sobre todo en los sistemas educativos, ello acontece a partir de que sale a la luz el conocido Informe de Warnock (Inglaterra, 1978), el cual marcó ciertas pautas respecto a la programación educativa dirigida a los estudiantes con necesidades especiales, ampliando los conceptos de educación especial y necesidades educativas especiales.

Respecto a la actualidad del tema, según opinión del especialista R. Bell, está condicionada, entre otros, por los siguientes factores:

- Carácter y contenido ideológico del concepto diversidad. Desde cuya plataforma es posible abordar muchos de los principales problemas que el mundo, en estos momentos enfrenta.
- Desarrollo acelerado de la globalización bajo un modelo neoliberal que ha acentuado la desigualdad y la necesidad de defender en esas condiciones las culturas, las raíces y las proyecciones propias de cada país y cada región del planeta.
- Crecimiento de los índices de marginalidad asociados a la pobreza y las diferentes formas de discriminación.

- Agudización de los problemas en torno a las migraciones y a los derechos de los inmigrantes.
- Elevación del nivel de conciencia en relación con la problemática de los géneros e incremento de las acciones a favor de una verdadera equidad en su abordaje.
- Auge del movimiento por la integración escolar y social de las personas con necesidades educativas especiales.
- Creciente reconocimiento de la validez de los enfoques individualizados y personalizados del proceso docente-educativo en las corrientes pedagógicas de fin de siglo (Bell, 2001: 21).

Como se puede apreciar en lo adelante, nuestro análisis sobre las necesidades especiales, aunque lo incluye, no se reduce a un sujeto escolarizado y menos aún, a las necesidades especiales que se pudieran presentar, incluyendo a dicho sujeto, solo en el área cognoscitiva y en relación con la vida escolar.

Consecuente con el sustento teórico en el que se plantea que “los contenidos de la personalidad se caracterizan por la unidad de los aspectos cognitivos y afectivos. Esta unidad cognitivo-afectiva garantiza que la personalidad cumpla su principal función [...] la regulación y autorregulación de su comportamiento” (Domínguez, 2018: 97), se considera que, incluso en la manifestación de ciertas necesidades educativas, pueden estar mediando otras necesidades derivadas del funcionamiento de la personalidad en otras áreas.

Necesidades especiales, ¿quiénes? y ¿por qué?

Las necesidades especiales que pudieran presentarse en las personas están determinadas por razones muy diversas, cuyos grados de complejidad van a estar mediados por circunstancias personales, sociales y contextuales específicas. Aunque por la propia dinámica que condiciona la vida de los humanos, nadie está excepto de tener necesidades especiales, ellas son más comunes en ciertos grupos o personas en las circunstancias siguientes:

- Al existir una determinada condición, sea esta físico-motora, sensorial, intelectual, psíquica en general u otra, que presupone una desviación o trastorno del desarrollo lo cual conlleva a una limitación en la actividad y una cierta restricción de la participación en esta por parte de la persona. En este caso la desviación del desarrollo se expresa en lo que pudiera considerarse como los estándares inferiores a la media, asociados a una deficiencia, discapacidad u otras condiciones, de etiologías diversas.
- Cuando la desviación del desarrollo se expresa en estándares superiores a la media, dígame personas con altos niveles de inteligencia, de creatividad o que muestran talentos especiales en ciertas áreas del desempeño humano. Aunque no es habitual considerar a este tipo de estudiantes dentro de los que presentan necesidades especiales, sobre todo en las prácticas pedagógicas, diferentes investigaciones corroboran que efectivamente, ellos sí demandan de la puesta en práctica de estrategias de enriquecimiento y otras prácticas de atención, tanto curriculares como extracurriculares, a partir de sus necesidades cognoscitivas, volitivo-motivacionales, afectivas y otras asociadas a las características de la personalidad (Castellanos, 1997; Lorenzo, 1996; Lorenzo y Martínez, 2003; Torres, 1997, 2003; Dalama, 2016; Villanueva, 2017). También, algunos de estos estudiantes

requieren de orientación en lo relativo a las relaciones interpersonales, la autovaloración y en función de su salud física y psicológica. Cuando no son satisfechas las necesidades especiales que presentan, sobre todo en las primeras etapas del desarrollo, con independencia de que lo que significa la pérdida de las potencialidades existentes, estos se pueden tornar rebeldes, desconfiados o canalizan de manera inadecuada sus aspiraciones, entre otras manifestaciones.

- Grupos o personas en situación de desventaja social o desamparo por diferentes causales (desempleo, migrantes, pobreza extrema, marginación, credos, entre otras).
- Niñas y niños, adolescentes y jóvenes (escolarizados o no) que presentan dificultades en el aprendizaje, trastornos del desarrollo psíquico, trastornos emocionales y sociales graves, carencias afectivas u otras falencias y trastornos de la personalidad. Los convivientes de grupos en situación de riesgo o vulnerabilidad, víctimas de maltrato o abuso en cualquiera de sus acepciones, acoso u otras prácticas de hostigamiento en cualquier ámbito u otras situaciones psicosociales desfavorables para el desarrollo de la personalidad.
- Escolares de los diferentes tipos y niveles de educación que por diferentes causales presentan necesidades educativas especiales.
- Aquellas personas que por diferentes causas demandan de la asistencia e intervención de profesionales y especialistas de manera temporal o prolongada. Incluye las personas cuyo estado de salud (física o psíquica) es de un deterioro significativo.

Las necesidades especiales asociadas a determinada condición de discapacidad

Cuando se hace alusión al término necesidades especiales uno se percata de inmediato que el mensaje lleva implícito la singularidad de este, que no se trata de una necesidad cualquiera, sino de un tipo de necesidad de connotación muy particular. Siendo así, el objeto de satisfacción de esta, debe tener también un carácter especial, lo cual supone considerar una serie de cuestiones y cumplir con determinadas exigencias, entre ellas, ofrecer los niveles y tipos de ayuda requeridos, el diseño de un ambiente físico y psicológico favorable, el uso de ayudas técnicas, recursos y tecnologías apropiados, la puesta en práctica de estrategias de intervención, las que de manera progresiva, ajustándose a los ritmos y posibilidades reales del sujeto beneficiario de la ayuda, lo impliquen en la búsqueda de las vías para enfrentar la situación existente, promoviendo así el desarrollo de su capacidad de afrontamiento y la asunción de una actitud de resiliencia ante la vida. Además, para ello se requiere de la capacitación sistemática, el entrenamiento y perfeccionamiento continuo del personal encargado de la atención de estas personas.

Existen necesidades, tanto de carácter natural como social que son comunes para todas las personas. En ocasiones, las vías para lograr la satisfacción de estas, no implican un alto grado de complejidad para las personas que tienen algún tipo de discapacidad, sin embargo, en otros casos no es exactamente igual.

Lo antes expuesto, está en dependencia del tipo y el grado de profundidad de la discapacidad en cuestión, del nivel de madurez y desarrollo de la personalidad alcanzado durante el proceso de configuración de esta, que supone

el papel activo del sujeto, así como el contenido de las unidades psicológicas primarias y las formaciones motivacionales complejas y su expresión en la autorregulación y orientación de la personalidad. Además, está en dependencia de aspectos de orden social, calidad de los servicios complementarios y de las redes de apoyo, disponibilidad de los recursos y ayudas técnicas que se requieren en un momento específico, entre otras.

Consecuente con las ideas expresadas anteriormente, habría que decir que en la determinación de la condición de especial que se le atribuye a una necesidad confluyen varias causas, unas internas, inherentes al sujeto y otras externas relacionadas con el medio físico, ambiental y social.

Antes de proseguir sería conveniente hacer dos precisiones no solo conceptuales sino también de contenido ético e ideológico por la connotación de estas:

La primera sería considerar que, si bien las necesidades especiales se expresan y tienen lugar en una personalidad concreta, rebasan el ámbito de la condición asociada a esta, resultando ser en una parte considerable, el producto de las condiciones socioambientales existentes en cuanto a la creación de espacios donde se ofrezcan oportunidades y facilidades para la participación en los diferentes ámbitos de la sociedad. Por tanto, el contenido, volumen y el grado de complejidad de las necesidades especiales varían de un contexto a otro en dependencia de que se cumpla o no con tales exigencias y de la eficacia del resultado que, dadas tales circunstancias, se logre en las personas.

La segunda alude al término adecuado para referirse al sector de la población que presenta alguna condición de discapacidad. La Organización de Naciones Unidas (ONU) con la intención de proteger los derechos y la dignidad de estas personas, desde el propio enunciado y en todo el cuerpo legal del instrumento internacional creado para tales efectos, conocido como Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por su sigla en inglés) que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, deja explícito el término "PERSONAS CON DISCAPACIDAD". Por otra parte, la Corte Constitucional al valorar el artículo 25 de la Ley 1306 de 2009, que dictó normas para la protección de personas con discapacidad mental, consideró que la expresión "discapacitado" que allí se utiliza para hacer referencia a la interdicción mental de esta población deberá reemplazarse por la expresión "PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD". En tal sentido, la referida Corte advierte que el lenguaje que se utiliza pudiera ser una herramienta de exclusión de ciertas minorías. El uso indistinto de cualquiera de los dos términos se puede considerar como adecuado, porque entre otras razones, no es discriminatorio o excluyente, no se utiliza de manera peyorativa o lleva implícita la intensión de etiquetar al sujeto y, sobre todo, porque en ninguna de las acepciones se habla de la discapacidad en abstracto, sino en el contexto de una personalidad concreta.

Los criterios sobre la terminología utilizada antes referido y otros que se han venido planteando en diferentes espacios científicos y profesionales, han contribuido en alguna medida al uso de un lenguaje común a nivel internacional y a visualizar, desde una perspectiva más humanista, a las personas con alguna condición de discapacidad. Consecuente con ello, la Sección de Psicología y Necesidades Especiales de la Sociedad Cubana de Psicología y la Cátedra Honorífica de Estudios sobre Discapacidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, promueven y exigen en cada uno de sus espacios de competencia la utilización del término adecuado para referirse a este segmento de la población, ya sea personas con discapacidad o personas

en situación de discapacidad. Sin embargo, convinieron en potenciar el uso del término personas en situación de discapacidad, teniendo en cuenta que a este se le añade la mirada social, se rompe con la creencia o la idea prefijada de que la persona es la culpable de su propia discapacidad, para entender que, en realidad, la discapacidad está dada por el contexto que la sociedad impone, tanto barreras físicas como barreras sociales.

Si bien, con anterioridad se planteó que las personas con necesidades especiales abarcan a diferentes sectores poblacionales o grupos en situaciones diversas, el presente trabajo se enfoca fundamentalmente en las personas con discapacidad, entre las que se "...incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Naciones Unidas, 2008: 4).

Enfocar la atención en este sector poblacional es consecuente con la apremiante necesidad de comprender y valorar, desde una perspectiva más sensata y humanista, a las personas con discapacidad o en situación de discapacidad, reconocer sus derechos como parte de la diversidad, de aunar esfuerzos entre todos en función de exigir y ponderar prácticas de inclusión, equidad en el trato y calidad de los servicios que se les ofrece, en fin de cuentas, se trata de lograr la plena inclusión de las mismas en los diferentes espacios de la sociedad, en función de potenciar y hacer posible su calidad de vida.

Las personas con discapacidad: prevalencia, concepción sobre las prácticas para la atención y sus derechos fundamentales

En los enfoques paradigmáticos más actuales sobre la discapacidad, se percibe una visión más holística, que se fundamenta desde una visión histórico-cultural del problema. Considera la discapacidad como un problema social creado, y básicamente como cuestión de la integración completa de la persona en los diferentes espacios de la sociedad. En este enfoque la discapacidad no es concebida como una cualidad de un individuo, sino que es vista como consecuencia de la interacción del sujeto con una determinada condición (física, sensorial, intelectual u otra) y el medio o ambiente físico y social con el que interactúa.

La atención a las personas en situación de discapacidad a partir de este enfoque presupone la acción social y, por tanto, la implicación de todos los actores sociales, la generación de espacios de participación en las diferentes áreas y ámbitos de la vida social.

La desinformación de la población sobre la discapacidad, las peculiaridades de las personas con esta condición y el no saber cómo tratar con ellas, conllevan a un cierto distanciamiento (a veces no intencional) es muchas veces esta una causa por las cuales las discriminan y las segregan.

La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre personas sin importar su condición. Para lograrlo debe apoyarse en las tecnologías de apoyo y otros recursos.

Podemos decir entonces que el enfoque social no ve a la discapacidad como un problema individual, sino considera que la discapacidad está dada por las limitaciones que puedan tener las personas y las muchas barreras que levanta la sociedad.

En la actualidad es casi unánime el criterio respecto a considerar que la atención a las personas en situación de discapacidad u otra condición asociada, es algo que nos ataña a todos, con independencia de la función social o laboral

que cada cual desempeña. No es responsabilidad solo de quienes trabajan en ese campo o en una institución o servicio especializado. Las propias peculiaridades que son inherentes a la persona en situación de discapacidad, las percepciones que sobre estas se tienen, la ausencia o inconsistencia de políticas prácticas que dignifiquen a las personas con alguna condición de discapacidad, conlleva a la existencia de un importante número de personas cuyas necesidades, derechos y el propio perfil del sujeto y su estado o condición constituyen una entidad específica que requiere un abordaje especial dentro de un enfoque integral.

Las estadísticas internacionales nos muestran que al menos 10 % de la población presenta algún tipo de deficiencia, discapacidad u otra condición relacionada, por otra parte, se estima que este porcentaje puede aumentar de manera significativa en poblaciones afectadas por condiciones de pobreza, desnutrición, acceso inadecuado o insuficiente a servicios de educación, salud e higiene, enfermedades endémicas o epidémicas, alcoholismo, drogadicción, conflictos, maltrato, violencia, abandono, todo ello junto a la incidencia de los factores de deterioro ambiental.

No siempre la estimación del número de personas que presentan una situación de discapacidad ha reflejado el número real de las que efectivamente están comprendidas en este rango, dado que en muchos casos dicha estimación ha sido realizada en base a indicadores o parámetros limitados, a veces utilizados por evaluadores no familiarizados plenamente con la situación de discapacidad, sobre todo los que desde una visión unilateral del fenómeno conciben la discapacidad como una condición inherente a la persona.

Convocada por la situación existente y el reclamo social para enfrentar la situación antes descrita, la comunidad científica y los profesionales encargados del estudio, la investigación y atención de las personas con necesidades especiales, entre ellas las que presentan alguna situación de discapacidad, han aunado los más encomiables esfuerzos para explicar el problema y proponer las posibles vías para la intervención en este campo.

En este empeño, han tenido que enfrentar disímiles escollos, entre ellos los que emanan de los postulados de las ciencias para entender el ser humano como unidad biopsicosocial, la relación de lo interno y lo externo, lo biológico y lo social, la determinación social de la psiquis humana, la unidad de lo cognitivo y afectivo, el papel de la actividad y la comunicación y su influjo en el desarrollo de la personalidad, lo referente a la estructura del defecto planteada por L. S. Vigostski, para lograr comprender hasta donde en una cierta discapacidad, está comprometido lo biológico y hasta dónde lo social y lo personal, entre otras disquisiciones que todavía no han logrado un consenso o avanzar en lo referente a conocer a profundidad la etiología o factores concomitantes relacionados con ciertos trastornos o desviaciones del desarrollo, las pautas para el diagnóstico diferencial, entre otras.

Las características que hacen peculiares a los humanos son las mismas que pautan sus diferencias respecto a los otros de su especie, somos iguales, pero a la vez diferentes. Es en virtud de ello que, a la hora de diseñar, implementar, instituir o exigir respecto a políticas y prácticas en cualquiera de las instancias sea necesario tomar muy en cuenta tales diferencias.

Las personas en situación de discapacidad como otros grupos poblacionales forman un universo muy variado. Para lograr la plenitud del ejercicio de sus derechos se hace necesaria la puesta en práctica de políticas que respeten esa diversidad y que se generen procesos inclusivos no pensados para las diferen-

cias sino desde y con las diferencias, de manera que implique y reconozca a todos y donde la diferencia no sea lo que nos separa, sino lo que nos acerca.

En las circunstancias del mundo actual, cada vez más globalizado, pero menos civilizado en lo que a valores humanos se refiere, todavía existen sectores desfavorecidos que están viviendo de la caridad pública, donde este se visibiliza como el único paliativo para lograr la subsistencia. Otros sectores, también están requeridos de atención, en particular, habría que considerar las personas con necesidades complejas de dependencia y su familia. De igual forma, las mujeres en situación de discapacidad, así como las personas con esta condición pertenecientes a minorías étnicas, ya que estas se enfrentan a menudo con múltiples discriminaciones, resultantes de la interacción de la discriminación causada por su discapacidad y de la discriminación resultante de su género u origen étnico.

A pesar de la sombría situación existente a nivel global, en los últimos tiempos se ha venido gestando lo que pudiéramos considerar un cierto reconocimiento sobre la importancia y la trascendencia social de las personas con discapacidad. Más allá de los estigmas, estereotipos o prejuicios que siempre han acompañado a la figura de la persona con alguna discapacidad, hoy por hoy se aprecia un proceso de cierta “institucionalización” de las personas con esta condición.

No obstante, se impone continuar avanzando en lo referente a elevar la cultura sobre la discapacidad, desarraigar de nuestro léxico los términos peyorativos de uso muy frecuente por parte de la población, los medios de comunicación, en el ejercicio profesional y otros ámbitos. Hablar en términos de personas con discapacidad o personas en situación de discapacidad reconoce y toma como centro a la persona y no al déficit o la condición de esta.

Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos fundamentales que el resto de los ciudadanos. El primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos declara: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (Naciones Unidas, 1948: 2).

Para alcanzar esta meta, hay que garantizar que las personas en situación de discapacidad puedan disfrutar del conjunto de todos los derechos humanos: civiles, políticos, sociales, económicos y culturales reconocidos por las distintas Convenciones Internacionales y otros documentos oficiales.

Las personas en situación de discapacidad quieren y exigen una atención centrada en la igualdad de oportunidades y de acceso a los recursos sociales y no desde la caridad pública; oportunidades y servicios como, por ejemplo, el trabajo, una educación inclusiva, el acceso a las nuevas tecnologías, los servicios sociales y sanitarios, el deporte y actividades de ocio, entre otros. Esto que hoy pudiera parecer normal y muy sensato, no siempre fue así, es largo el camino transitado a través de los tiempos, donde han primado desde una concepción paternalista sobre las personas con alguna condición de discapacidad, hasta quienes los explotan y maltratan. También ha sido muy común el hecho de que terceros decidan sobre sus propias vidas.

En la actualidad, aquellos enfoques en los que prima la compasión y la indefensión son inaceptables. Se avanza desde un enfoque que pretende lograr rehabilitar al sujeto para que encaje en la sociedad hacia una concepción más integral que aboga por la modificación de la sociedad para atender de manera

efectiva las necesidades de toda la población, incluidas las personas en condición de discapacidad.

Las barreras sociales, los estigmas y prejuicios llevan a la discriminación y a la exclusión social conllevan a que las personas con discapacidad no ejerzan a plenitud sus derechos y que sean segregadas y excluidas socialmente. Precisamente dada la existencia de tales prácticas “la exclusión social, como categoría teórica, surgió para visibilizar sectores desfavorecidos y reconocer la incapacidad del sistema de sostener garantías sociales para todos, es por eso que asumió como premisa los retos de la creciente heterogeneidad social y sus atravesamientos económicos, políticos y también psicológicos. Incluye elementos macro estructurales, donde los mecanismos de diferenciación han sido legitimados por políticas e instituciones” (Batista, 2018: 8).

Para hacer frente a los prejuicios, estigmas y prácticas excluyentes, y desde tal perspectiva, contribuir a un trato más digno a las personas en situación de discapacidad, hay que aunar esfuerzos comprometidos entre todos los actores sociales, los decisores de políticas y las propias personas con alguna condición de discapacidad y sus organizaciones. Esto constituye un reto si tenemos en cuenta que “históricamente han existido diferentes prejuicios sobre las personas con discapacidad que han trascendido a lo largo de los años y han ido variando de acuerdo con cada época o sociedad, pero que se mantienen y atraviesan la actuación, y las opiniones del resto de la población [...]” (García, 2012: 14).

La Declaración de Madrid, presentada en el marco del Congreso Europeo de las Personas con Discapacidad en el año 2002, hace una descripción de la visión contenida en dicha declaración, esta puede ser ilustrativa de cómo avanzar hacia una política más comprensiva en la atención que demandan las personas en situación de discapacidad. En la misma se plantea: Como mejor se describe nuestra visión es en contraste con la visión que aspira reemplazar:

- Abandonar la concepción de las personas con discapacidad como sujetos de caridad... y tomar conciencia de las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos.
- Abandonar la concepción de las personas con discapacidad como pacientes... y tomar conciencia de las personas con discapacidad como ciudadanos independientes y consumidores.
- Abandonar la concepción que otorga a los profesionales el papel de tomar decisiones en nombre de las personas con discapacidad... y tomar conciencia de la capacidad de las personas con discapacidad y sus organizaciones para tomar las decisiones y asumir las responsabilidades sobre los temas que les conciernen.
- Abandonar la concepción de un enfoque sobre los déficits individuales... y tomar conciencia de la eliminación de barreras, la revisión de normas sociales, políticas, culturas y la promoción de un entorno accesible y de apoyo.
- Abandonar la concepción de etiquetar a las personas como dependientes, no empleables... y tomar conciencia de la necesidad de poner el énfasis en la capacidad y la provisión de medidas activas de apoyo.
- Abandonar la concepción de diseñar los procedimientos económicos y sociales para unos pocos... y tomar conciencia de un mundo flexible diseñado para todas las personas.

- Abandonar la concepción de una segregación innecesaria en la educación, el empleo y otras esferas de la vida... y tomar conciencia de la integración de las personas con discapacidad dentro de la corriente mayoritaria.
- Abandonar la concepción de la política de discapacidad como un asunto que afecta a ministerios específicos solamente... y tomar conciencia de su inclusión como una responsabilidad colectiva de todo el gobierno (Declaración de Madrid, 2002: 2 y 3).

En la ya referida Declaración se especifica, además, que a partir de la puesta en práctica de esta visión de una sociedad más integradora... "se beneficiará no solo a las personas con discapacidad, sino también a la sociedad en su conjunto. Una sociedad que excluye a varios de sus miembros o grupos es una sociedad empobrecida. Las acciones para mejorar las condiciones de las personas con discapacidad llevarán al diseño de un mundo flexible para todos. Lo que se realice hoy en nombre de la discapacidad, tendrá un significado para todos en el mundo del mañana" (Declaración de Madrid, 2002: 3).

Breve panorámica sobre la evolución sistemática del concepto de discapacidad.

El concepto de discapacidad según la OMS

Conceptualizar la discapacidad o personas con discapacidad suscita a la problematización de la comunidad científica, por cuanto a pesar de compartir algunos aspectos de orden teórico todavía no hay consenso respecto a la manera en se debe hacer referencia a las personas que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción, siendo las expresiones más aceptadas "personas con discapacidad" o "personas discapacitadas".

Tanto el término personas discapacitadas como personas con discapacidad resulta polémico y controvertido, entre otras razones, porque habría que preguntarse: ¿qué se entiende y quiénes son las personas capacitadas? Toda persona posee ciertas capacidades y también ciertas limitaciones, estas varían de una persona a otra, son diferentes, alcanzan niveles distintos porque cada personalidad es única, peculiar, es esta particularidad la que la distingue de los otros. Por lo que habría que decir entonces, que la diferencia reside en que cada personalidad tiene conformadas unas determinadas capacidades.

Al referirse al asunto José Luis Vázquez-Baquero, citado por (Minguijón, Penacho y Pac, 2005: 33) plantea que "no hay individuos discapacitados, sino personas con déficit que tienen otras potencialidades que pueden ser, si son convenientemente tratadas, superiores a la media". En esta misma dirección apunta que "...todas las personas somos limitadas y podemos ser discapacitadas en algún momento de nuestra vida".

Sin pretender historiar los intentos realizados en este orden sí es conveniente hacer algunos comentarios al respecto. Cuando se habla de discapacidad (nos centramos en el prefijo dis y no nos detenemos en el sufijo capacidad), por tanto, inferimos desde ya, que se hace referencia a la menor posibilidad, aptitud, suficiencia o disposición para percibir, comprender o ejecutar alguna actividad, desde lo lingüístico es aceptable tal conclusión.

Sin embargo, pensar la discapacidad en una personalidad como sujeto activo, que es producto de una cierta situación social del desarrollo tendríamos que admitir que con independencia de que algunos se afilien a la primera acepción que desde un análisis centrado en el sujeto y el déficit del que es

portador, que acarrea dificultades en cuanto a sus capacidades y que conlleva a consecuencias desfavorables para su desarrollo. Como contrapartida surge una segunda acepción, en la que, desde una visión de contexto físico, social y cultural concibe el carácter dinámico del desarrollo de la personalidad, el papel de la educación y otras acciones de corrección y compensación que pueden conllevar a que la dificultad varíe de manera positiva.

Hay que reconocer que por mucho tiempo la discapacidad ha sido vista, sobre todo en la primera acepción, lo que hace que, como término y concepto, se perciba por la sociedad, como algo que se aparta de lo normal, o simplemente lo que está asociado al trastorno y sus consecuencias negativas, en el desarrollo personal y social de las personas.

Desde finales de la década de 1970 inspirados en la segunda acepción se continúa profundizando en los estudios sobre la discapacidad y se trata de explicarla con una visión conjunta, entre la posibilidad de funcionamiento expresada en una menor aptitud y desenvolvimiento en la actividad y su asociación inseparable a las funciones de compensación y ajuste socio contextuales, una integración individual-social de la discapacidad, con la que se trataría de romper lo normal-anormal, para expresar un marco de aceptación de la diversidad de las personas, por encima de las diferencias discriminadoras.

En ese sentido, los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y asociaciones en general han propugnado leyes, medidas y programas orientados al logro de una mayor comprensión hacia la discapacidad y que se reconozcan las posibilidades que tienen las personas con alguna discapacidad de adquirir o perfeccionar sus capacidades, siempre que se les brinden los espacios y apoyos necesarios.

En 1980, la OMS dio a conocer la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) con el ánimo de unificar los criterios para definir el concepto de discapacidad a nivel mundial. Dicha clasificación instituye una agrupación diferenciada de los diferentes niveles de manifestación de las deficiencias y clasifica las distintas categorías médicas al uso. La nueva clasificación surge de los trabajos iniciados en 1972 a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), pues esta resultaba insuficiente para explicar y clasificar las consecuencias de la enfermedad sobre el desarrollo integral de la persona.

Es a partir de tales consideraciones que la OMS estableció tres niveles de reconocimiento del problema, bajo los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Los cuales definía de la siguiente manera (Minguijón, Penacho y Pac, 2005).

Deficiencia: Cualquier pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias representan trastornos de carácter orgánico. Se caracteriza por déficit, pérdidas o anomalías que pueden ser permanentes o temporales y representa la exteriorización de un estado patológico que puede afectar a cualquier miembro, órgano, tejido o estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Discapacidad: Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Se trataría de la objetivación de una limitación funcional en las actividades cotidianas.

La discapacidad se caracteriza por excesos o defectos en relación con la conducta o actividad que, normalmente, se espera y pueden ser temporales o

permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. Lo normal es que sea consecuencia directa de una deficiencia, pero también puede ser respuesta, sobre todo de carácter psicológico del sujeto a una deficiencia física, sensorial o de otro tipo.

Minusvalía: Se define como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

La minusvalía guarda relación con el valor que se atribuye a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el nivel de rendimiento del individuo y las expectativas de este o del grupo al que pertenece. Así la minusvalía representa la socialización de la deficiencia, y en cuanto tal, refleja las consecuencias de orden cultural, social, económico y ambiental, que se derivan para el sujeto de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

Las deficiencias y discapacidades permiten establecer una clasificación objetiva y jerárquica, sin influencia de factores sociales o culturales. Sin embargo, las minusvalías responden a otros criterios de clasificación que se basan no en factores o atributos del individuo, sino en las circunstancias que rodean a la persona o dicho de otra manera, en la relación que se establece entre el individuo y el contexto que le condiciona.

Una misma discapacidad puede dar lugar a cuadros de minusvalía en un contexto cultural y en otro no; incluso dentro de una misma sociedad, esa discapacidad puede provocar más minusvalías entre los hombres que entre las mujeres, o afectar en mayor medida a los pobres que a los ricos. Pero también puede ocurrir que dos personas con similares características y del mismo contexto social puedan dar lugar o no a minusvalías en función de las estrategias que desplieguen para insertarse en la sociedad, dependiendo de las actitudes y aptitudes con las que hagan frente a su situación.

Así la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adaptado en la CIDDM, el cual incorporó un esquema lineal de discapacidad, estableciendo una secuencia que iba desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la discapacidad y la deficiencia.

Tras una revisión de la clasificación de 1980 realizada en el año 2001, la Organización Mundial de la Salud amplió el concepto de discapacidad. La nueva versión se llama Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud conocida con las siglas CIF. La nueva clasificación es la heredera de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) del año 1980. Esta surge para dar respuesta a la necesidad de ajustar los procedimientos para el diagnóstico a las nuevas realidades. Su contenido constituye un importante avance en la superación de la visión residual de la discapacidad en la que se atribuían a la persona la mayor parte de las causas de la discapacidad para incluir la relación con su entorno físico y social como desencadenante básico de la discapacidad, considerándola en última instancia un proceso multidimensional. Ha pasado de ser una clasificación de consecuencias de enfermedades a una clasificación de componentes de salud; estos últimos identifican lo que constituye la salud, mientras que las consecuencias se centran en el impacto resultante de las enfermedades y otras condiciones de salud.

La clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de Salud (CIF) (2001) constituye un nuevo patrón internacional de descripción y

medición de la salud y la discapacidad, pues el mismo supone un nuevo modelo de comprensión de la discapacidad, que es tomada en cuenta como un hecho multifactorial en el que juegan un papel importante no solo los déficits del individuo, sino la interacción con la sociedad y el ambiente.

Habría que decir entonces, que a tenor de este principio universal en la actualidad se adopta una posición más sensata respecto a la discapacidad, ya no va a ser definida únicamente a partir de las limitaciones del funcionamiento de la persona, sino que también estas van a ser consecuencia de la influencia del contexto o el medio, en el que este va a jugar un papel importante, ya que en dependencia de que este sea favorable o desfavorable depende que aumenten o disminuyan los efectos en la vida cotidiana de la persona con cierta limitación. Desde esta perspectiva, la concepción del término de discapacidad varía, y ya no se refiere solamente a la discapacidad como un problema que afecta únicamente a grupos minoritarios en los que esta deba ser visible.

Según criterios de Minguijón, Penacho y Pac (2005), la clasificación, proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y la discapacidad y sirve como marco de referencia para organizar esta información, que se divide en dos partes:

1. Funcionamiento y discapacidad
Sus componentes son el cuerpo, que cubre las funciones de los sistemas corporales y las estructuras del cuerpo, y las actividades y participación, que denotan aspectos del funcionamiento desde una perspectiva individual y social.
2. Factores contextuales
Formado por Factores Ambientales, que ejercen un impacto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

También forman parte de estos factores los Factores Personales; estos no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociadas a ellos.

Las definiciones de los principales términos que utiliza son los siguientes:

- **FUNCIONES CORPORALES:** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).
- **EL CUERPO** se refiere al organismo humano como un todo, esto incluye el cerebro. Por ello las funciones mentales (o psicológicas) están asumidas como parte de las funciones corporales. El estándar para estas funciones es la norma estadística de la población humana.
- **ESTRUCTURAS CORPORALES:** son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. El estándar para estas estructuras es la norma estadística para la población humana.
- **DÉFICIT EN EL FUNCIONAMIENTO:** son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. Es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o función corporal. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. (Sustituye el término “deficiencia”, tal y como se utilizaba en la CIDDMM).
- **ANORMALIDAD** se refiere estrictamente a una desviación significativa de las normas estadísticas establecidas y solo debe usarse en este sentido.

- **ACTIVIDAD:** es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva individual del funcionamiento.
- **PARTICIPACIÓN:** es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento.
- **LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD:** (sustituye el término “discapacidad”, tal y como se utilizaba en la CIDDM) son las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño / realización de actividades. Una limitación en la actividad puede variar entre una desviación leve o grave en términos de cantidad o calidad de la ejecución de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad que se espera en una persona sin esa condición de salud.
- **RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN:** (sustituye el término “minusvalía”, tal y como se utilizaba en la CIDDM) son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación viene determinada por la comparación de la participación de un individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en esa cultura o sociedad.
- **FACTORES CONTEXTUALES:** son los factores que constituyen conjuntamente el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que los estados de salud son clasificados en la CIF.
- **FACTORES AMBIENTALES:** constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. Se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal tienen un impacto en el funcionamiento de esa persona. Incluyen al mundo físico y sus aspectos, el mundo físico creado por el hombre, otras personas en relaciones diferentes y papeles, actitudes y valores, servicios y sistemas sociales y políticas, reglas y leyes.
- **FACTORES PERSONALES:** son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el género, el nivel social, experiencias vitales y otros, que no están clasificados en la CIF, pero que los usuarios pueden incorporar en sus aplicaciones.

Estos términos sustituyen a los usados previamente como “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía” y extienden su significado para incluir experiencias positivas y utilizar otros términos menos peyorativos como el de “minusvalía”.

De esta forma, esta clasificación utiliza el término de discapacidad como:

- Un término genérico global, término paraguas y no como nombre de un componente. Es un término baúl que indica déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales).

La OMS reconoce que todos los términos utilizados en la clasificación, a pesar del esfuerzo realizado, si son mal utilizados pueden estigmatizar y etiquetar.

La CIF pretende aproximarse, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo.

La aparición de la CIF ha sido vista y valorada como una oportunidad a escala internacional, para la difusión de ideas sobre la igualdad de las personas, que se puede traducir en políticas, legislación, cambio de actitudes sociales y

aumento de la autoestima de las personas, y su uso debería ser extendido y promocionado. En la elaboración de esta clasificación participaron las personas con discapacidad y sus organizaciones.

A pesar de los esfuerzos realizados todavía perdura la difícil pregunta de cómo referirse a los individuos que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción. En esta clasificación se utiliza el término “discapacidad” para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. Pero serán las personas las que decidan utilizar el término “personas con discapacidades” o “personas discapacitadas”. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la CIF no es una clasificación de personas, sino una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los impactos ambientales; la discapacidad viene producida por la interacción de las características de la salud y de los factores contextuales.

La aprobación de la CIF instaura un nuevo modelo de discapacidad más positivo y universal y menos estigmatizante y excluyente. Posee una alta capacidad de promover cambios en las actitudes, en los modos de entender la discapacidad y en el desarrollo de políticas y actuaciones.

Es prudente reconocer que su difusión ha de contribuir a promover nuevas actuaciones para establecer políticas de salud más justas y adecuadas, promover la igualdad de oportunidades para todos y apoyar la lucha contra la discriminación basada en la discapacidad.

A pesar de los esfuerzos realizados por unificar y utilizar un mismo término para referirse a una cierta condición, sigue existiendo una gran heterogeneidad en su uso, a los efectos de una mayor comprensión del término coincidimos en entender la discapacidad como el estado de salud en el que, debido a déficits de funcionamiento de las funciones y estructuras corporales, se produce una limitación en la actividad del individuo y una restricción en la participación social, contextualizadas (reforzadas o limitadas) por factores ambientales y personales (Schalock, 1998; Minguijón, Penacho y Pac., 2005).

Como se puede apreciar el concepto de discapacidad ha tenido un proceso de evolución sistemática, desde su acepción individual e intrasujeto (persona con esta condición), hacia valores de interacción socio-temporal, de integración, igualdad y apoyo. Ello significa que se ha avanzado hacia una concepción ecológica, más social, en la que discapacidad se define desde la interacción persona-ambiente y no desde su falta de adaptación. Así, una persona, va a presentar una cierta discapacidad, como resultado de su relación recíproca entre su capacidad y las variables físicas, de situación, sociales y de recursos (Del Río, 1998; Puga y Abellán, 2004, Torres, O., 2016).

Si la limitación personal viene en consecuencia de una falta o anomalía anatómica, fisiológica o psicológica, su actividad en general y su participación social tendrán que ver con la amplitud de ese funcionamiento en un nivel personal, así como el grado de relación que esa persona mantiene en su vida social, con los factores contextuales, de salud, familia, etc. Como se recoge en Verdugo (1997) y Schalock (1998) citados por Minguijón, Penacho y Pac. (2005): 46), las implicaciones que esta concepción de la discapacidad tiene en la educación y en la rehabilitación personal, podrían resumirse en:

La discapacidad no está ni fijada, ni dicotomizada, es más bien fluida, continua y cambiante dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal.

Una forma de reducir las limitaciones funcionales y, por tanto, la discapacidad de la persona, consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad.

La evaluación analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y en el nivel del papel que se desempeña.

Este cambio en la concepción de la discapacidad ha tenido un impacto significativo en todos los trastornos y desviaciones del desarrollo, desplazándose hacia un paradigma de apoyos que posibiliten la plenitud del desarrollo de las personas con discapacidad.

Si en verdad creemos que un mundo mejor es posible, tenemos que empezar por considerar que los protagonistas en ese escenario somos todos.

Psicología e hipnosis

PREGUNTAS Y RESPUESTAS A UN “PSICOHIPNÓLOGO” EXPERIMENTADO

Alberto Cobián Mena

En mis casi 40 años como psicólogo, haciendo de la hipnosis una de mis más importantes y predilectas áreas de trabajo, muchas personas me han hecho infinidad de preguntas sobre la hipnosis. Dado que se ha decidido dar continuidad a través de este segundo tomo al libro *Descubriendo la Psicología*, pretendo dar respuesta a diez preguntas en las que se resumen las inquietudes más frecuentes de la población, pudiendo servir ello a profesionales de la psicología y de las ciencias médicas, a estudiantes de estas especialidades y de otras que pudieran tenerla en su marco de interés y a la población en sentido general.

Primera pregunta: ¿qué es la hipnosis?

La hipnosis es una técnica milenaria empleada por el hombre para influir en los estados de salud de las personas, es una metódica natural de tratamiento que emplea a la palabra como instrumento o recurso para producir en las personas a las que se le aplica, un estado especial de funcionamiento cerebral y mental, capaz de producir efectos beneficiosos en toda la arquitectura funcional del organismo, incluyendo la propia psiquis; dependiendo ello, de la intención que se tenga por parte de quien la aplica y de la significación que tengan, los argumentos empleados, para el sujeto o las personas a quienes se les realiza el proceder.

Sus antecedentes están, según se recoge por diferentes escritos, en las culturas orientales en las que el conocimiento y uso del método o técnica, era privilegio de las castas sacerdotales, las que trasmitían todo lo concerniente a esta, de una generación a otra (Cobián, 2010).

Así encontramos extensas áreas geográficas donde su práctica era cotidiana y permanente, abarcadas por civilizaciones tan antiguas como las egipcia, hindú y mesopotámica, aunque no podemos excluir de ello otras de gran esplendor como la griega.

Etimológicamente proviene del vocablo Hipnos, que significa sueño, de ahí que, en la intención de conceptualizarla, muchos investigadores la consideren como un estado especial de sueño, parecido al fisiológico, pero diferente de este.

En este campo encontramos al Abate Faria quien la describió como un Sueño Lúcido y al mismo tiempo un fenómeno de tipo psicológico, donde para lograrlo, era necesario un alto nivel de concentración.

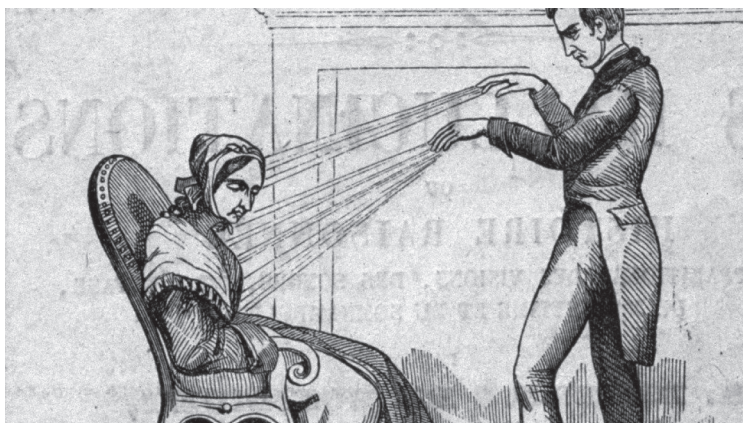
El eminente fisiólogo, médico y psicólogo ruso Iván Petrovich Pávlov la conceptuó como un tipo especial de sueño, que fisiológicamente se manifiesta como un proceso de irradiación parcial, que, si bien abarca amplias zonas

corticales y subcorticales, no es una inhibición absoluta, pues quedan focos de excitación, que permiten al cerebro actuar de diferentes modos y mantener el contacto del hipnotizado con quien le hipnotiza (Cobián, 2010; Pavlov, 1962). Platonov la entiende como un tipo de sueño especial que aumenta la perceptibilidad del sujeto paciente, destacando el rol de la palabra, al expresar que cada foco de excitación provocado por la sugestión se fortalece como consecuencia de la inhibición reciproca por él provocada, de ahí la importancia de que cada construcción semántica elaborada por el terapeuta deba ser clara, precisa y bien estructurada.

Por otro lado, hay otras definiciones que se han estructurado a partir de un prisma patológico, pues parten del modelo de los niveles de alteración de la conciencia, en lo que tiene mucho que ver la perspectiva neurológica de Jean Martín Charcot y sus discípulos, quienes vieron al fenómeno hipnótico como un estado de alteración de la conciencia, un tipo de sugestión especial, un desdoblamiento de la conciencia y aún hoy en día, se le continúa viendo como un estado modificado de conciencia, lo que evidencia que no ha habido un desprendimiento total —a la hora de conceptualarla— del enfoque morboso.

Esta dicotomía de considerarla bien como estado de sueño y/o como estado alterado de conciencia, se expresa en la actualidad como un forcejeo de tendencias, con muchos adeptos para cada una. Sin embargo, a partir de la década de los 60 del pasado siglo, aparece un nuevo enfoque influido por las terapias humanistas y el psicoanálisis cultural, denominado La Nueva Hipnosis y liderado por el psiquiatra estadounidense Milton Erickson, que propone un modelo no directivo y postula como elemento esencial, el que la hipnosis más que sugestión es una actitud, funcionando la misma como un interruptor que da paso al hecho hipnótico o no (Cobián, 2004).

Yo la defino como un estado especial de funcionamiento mental, que, mediado siempre por la palabra o cualquier estímulo potenciado por ella, puede hacer variar la manifestación de los procesos volitivos, para que se expresen de manera plena, ciertas potencialidades cerebrales, que en condiciones habituales de vigilia y por mecanismos defensivos no pueden darse. Es un proceso natural, creado en el hombre por sí mismo o por otro hombre, que implica siempre la actividad cerebral en su unidad y su diversidad, lo que facilita operar bajo nuevas condiciones, aumentando la productividad neuronal y psicológica, así como la eficacia de la respuesta somática ante las urgencias y necesidades del organismo (Cobián, 2004).



Segunda pregunta: ¿La hipnosis es ciencia o superchería?

Esta pregunta, bien frecuente, se refiere al *carácter científico o no de la hipnosis*. En la necesaria respuesta ante este elemento cardinal, hay que decir que independientemente de la finalidad del hecho hipnótico, es un fenómeno que solo tiene explicación bajo el funcionamiento del cerebro humano y en la articulación con la palabra, que es el núcleo del lenguaje, brillantemente definido como el segundo sistema de señales, por Pávlov.

Considero que estos tres elementos que expongo a continuación dan luz para que definitivamente se comprenda el por qué debemos ubicar a la hipnosis del lado de la ciencia.

1. La hipnosis es ante todo comunicación y abarca los contenidos de esta: afecto, seguridad, confianza, esperanza, curiosidad, interés, ambiciones y metas individuales, poder, sabiduría, habilidades, intenciones y arte para curar los males y aliviar los sufrimientos. Todo ello ocupa a quienes se comunican en el proceso hipnótico.
2. Al basarse en el lenguaje se hace privativa del género humano, su portador indiscutible y justamente este hecho lleva a investigaciones fundamentales que han permitido conocer los efectos del discurso hipnótico en la actividad neurofisiológica y neuro bioquímica de los sujetos estudiados.
3. Las investigaciones que se han realizado y realizan para demostrar su validez en el tratamiento de determinadas afecciones de salud.

Todo ello nos permite entonces exponer sintéticamente en qué se basa la hipnosis. El diccionario de Pedagogía y Psicología refiere que la hipnosis es un procedimiento que consiste en inducir en un individuo un estado de trance, mediante una serie de sugerencias que maneja el hipnotizador (Montón, 2002). El método clásico utiliza frases monótonas a repetición, las que van produciendo un estado de modorra y luego una especie de sueño, derivados de la intencionalidad del hipnotizador, expresada en su discurso su gestor, pero también, al hacer suyas tales sugerencias el sujeto a quien se le hipnotiza.

Ya hablamos del efecto de la palabra, reconocida como el condicionador más universal que haya existido jamás. En tanto estímulo, la palabra es capaz de provocar la formación de un foco de excitación a nivel cortical, tan poderoso, que es capaz de propagarse o irradiarse por amplias zonas de la corteza y de la subcorteza y borrar a otros focos de excitación existentes, pero menos poderosos que el que provoca el discurso hipnótico. Al borrarlos, los convierte en focos de inhibición, lo que facilita la permanencia activa del foco de excitación dominante al no tener contrarios dentro del espectro cortical, manteniéndose esta situación mientras persista la actuación del estímulo referido y en tanto este conserve su fuerza y significación. Este hecho la ciencia lo recoge como expresión de la Ley de la Inducción Recíproca de los Focos de Excitación e Inhibición y de la Ley del Foco de Excitación Dominante (Pavlov, Bustamante, Petróvich, 1962: 127)

En mi definición del término hipnosis expresaba que esta siempre se determina por el empleo de la palabra o cualquier estímulo condicionado o potenciado por esta. Tal elemento nos da pie para abordar la cuestión de si existe una sola forma de hipnotizar; en este sentido debemos decir que el estado hipnótico se puede inducir de variadas formas: a través de estímulos visuales, táctiles y auditivos de manera aislada o combinada. Ejemplos de estimulación visual lo referimos a continuación: cuando se usa un objeto brillante en movimiento,

conocido —este método— como fascinación, el movimiento de los dedos o cualquier objeto que hacemos desplazar ante la mirada atenta y fija de quien pretendemos hipnotizar. El táctil está referido a tocar alguna parte del cuerpo, bien los párpados para lograr que los ojos se cierren, la mano, el brazo, la frente o la cabeza, habiéndose establecido previamente lo que se aspira lograr, y por último el auditivo, que es el más conocido, pues se le habla al sujeto y este sigue como norma los contenidos de las frases a él referidas, lográndose el estado de trance (Cobián, 2004: 138).

En función de las experiencias tenidas por los practicantes de la hipnosis estos hablan de la existencia de algunos métodos para lograr el estado hipnótico, entre los cuales destacan el del metrónomo con conteo que combina estímulos visuales y sonoros con una espaciada cadencia, el del brazo ligero, el del índice y otros para profundizar el trance, dirigido todo ello, a crear ciertas ilusiones que solo son posibles en un estado de hipnosis profunda, lográndose por ejemplo selectivamente sordera, ceguera o mutismo. Véase aquí la validez del principio ideodinámico o ideomotor expresado por Hipólito Berheim cuando señalaba que en hipnosis toda idea sugerida se convierte en acto. No puede decirse que un método sea más eficiente que otro, pues esto depende de múltiples variables concernientes tanto al hipnotizador como a quien se hipnotiza: Elemento omnipresente en cualquier método es la sugestión y el condicionamiento de la palabra.

Si hablamos de las posiciones en que se puede lograr la hipnosis hay que decir, que a través de una triada dada por las de; de pie, de sentado y de acostado, lo que está relacionado con la manera en la que el que devendrá en trance, se sienta más cómodo y de las condiciones generales en las que se realiza la sesión, no debiendo obviarse que cada sujeto es un ente particular y que ello lleva a que exista variabilidad abundante en lo que se experimenta en estado hipnótico, pudiendo haber sensaciones de relajación profunda, adormecimiento, sueño, entumecimiento, flotación, pesadez, calor, frío o ausencia de sensaciones específicas.

Tercera pregunta: ¿Son todas las personas hipnotizables?

Si partimos de que todos los seres humanos devenimos a tal condición por la existencia del lenguaje, envoltura material del pensamiento y la aparición de la conciencia como función de síntesis, expresamos que sí. Hay estadísticas que plantean que 95 % de las personas son hipnotizables en uno u otro grado. Aquí se parte de un criterio de normalidad, incluyendo el mismo, el dominio del lenguaje y sus códigos de comunicación y significación.

Frecuente también es el interés de conocer si una persona sordomuda que se maneja en el lenguaje de señas puede ser hipnotizado y la respuesta también es positiva, siendo consecuentes con lo que referíamos en las últimas líneas del párrafo anterior.

Los sordomudos tienen dificultad, por un problema congénito, para articular sonidos, para emitir fonemas, pero no para construir y aprender morfemas, la comunicación verbal la sustituyen por la de señas, cada seña apoyada en mímicas y o movimientos de brazos, manos y de la boca está referida a un contenido, ellos aprenden el mismo sistema de signos que el resto de los seres humanos cuando se trata de actos como el de la lectura y escritura, conociendo por el morfema y el contexto la significación de lo que ahí se expresa.

Hay especialistas que hipnotizan con los ojos cerrados, pero cuando lo hacemos a través de la fijación de la mirada —la mayoría utiliza este método—

el sujeto sigue una secuencia hasta que cierra sus ojos y entra en trance y muchas veces se le dice... abre tus ojos y duermes, abres tus ojos y sigues en trance, abrirás tus ojos y sigues en trance y nos estaremos comunicando, espero que cooperes conmigo y respondas mis pregunta..., obteniéndose una respuesta positiva por parte del hipnotizado. Si observamos esto que se acaba de plantear, a la perfección puede inducirse un proceso sugesor con los ojos abiertos en sujetos con tales condiciones, los que indefectiblemente acatarán y harán suyas las sugerencias que se les hacen a través del lenguaje de seña, si quien hipnotiza lo domina, pudiendo advenir al trance y mantenerse en ese estado y, además, responder a través de los mismos códigos, los códigos de significación y comunicación del lenguaje de señas.

Algo similar sucede con las personas ciegas, las que, sin la capacidad de ver, pueden experimentar el trance hipnótico, si los estímulos que se emplean, son sonoros y/o táctiles, de modo independiente o conjunta. Variadas formas de comprobación existen, pues, el cuerpo expresa cambios ostensibles que la experiencia del operario capta y al captarlo, le permite saber si ha sido efectivo el proceso de inducción, conjuntamente con el logro del trance.

Muchas personas hablan de tratamiento psicológico como si este fuera distante del tratamiento médico. Por norma general los psicólogos clínicos tienen como objetivo central, amén el diagnóstico clínico, la psicoterapia. Tal vez por ello se habla de tratamiento psicológico y tratamiento médico como dos tipos de tratamientos. Esta concepción rompe un poco el carácter unitario de la visión del hombre como un ente biopsicosocial, estando estas tres dimensiones —la psicológica, la biológica y la social— en estrecha unidad e interrelación. Surge por ello la necesidad de aclarar que en países como el nuestro, donde la psicología como ciencia y profesión encuentra en el sector salubrista la mayor fuente de empleo, es reconocida como una especialización en tanto existe la Psicología de la Salud con formación en pregrado y posgrado y la psicología forma parte de las cuatro especializaciones que conforman el Grupo Básico en la Atención Primaria, junto a medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia; el componente psicológico es inmanente a la visión integral del enfermo y a los modos del tratamiento médico, el que se construye como una terapéutica que incluye los componentes farmacológico, rehabilitador, el nutricional y el psicológico.

Tercera pregunta: ¿Las afecciones de carácter psicológico pueden ser tratadas con hipnosis?

La respuesta inexorablemente cae del lado de la afirmación.

Justamente la hipnosis es un proceder, que, utilizando recursos psicológicos, se emplea como modalidad médica de tratamiento, por lo que a través de su devenir histórico se ha venido utilizando para atender diversos trastornos psicológicos de tipo emocional, dificultades en la atención en especial la concentración, de la memoria, del lenguaje —entre estos— la tartamudez, trastornos específicos del aprendizaje tales como la dislexia, la discalculia y la disgrafía. Necesario es recalcar que cuando nos estábamos refiriendo a las afecciones de carácter afectivo, no podemos dejar, de modo intencionado, de exponer a los dos grandes colosos que aquí se incluyen, me refiero a los trastornos depresivos y de ansiedad, estos últimos con un amplísimo cortejo de manifestaciones somáticas y psicósomáticas, entre las cuales aparecen las fobias, los trastornos obsesivos compulsivos y a las disfunciones sexuales de carácter psicógeno entre otros.

Tanto la literatura médica como psicológica reconocen que la hipnosis es un estado placentero y tranquilo y que la situación hipnótica puede aumentar la eficacia de determinadas funciones psicológicas y fisiológicas, se habla también de que el sistema nervioso es el gran regulador de todas las funciones del organismo y que el cerebro es el gran transductor de información. Coincido con el colega Mario Martínez de que todo lo que llega a nosotros es bioinformación, la que se manifiesta de manera simultánea en los portales psicológico y biológico, a ello añado uno de mis planteos teóricos; justamente el cerebro lo que hace es transmitir esa información pero al mismo tiempo transformarla en códigos operables, de ahí que la transducción permite que los contenidos significantes puedan ser llevados a diferentes códigos, entre los que están el cibernético en tanto paquetes de información son procesados de manera permanente, el neuro bioquímico con su consiguiente expresión neuropéptica y sus receptores como correlatos de la vida emocional, esta última conectada con toda la significación que es propia de lo semántico y lo semiótico, imbricados en el lenguaje y sus códigos significantes (Cobián, 2005).

En materia de información todo lo que se procese y la forma en que se procese, puede llevar a estados de salud positivos o negativos, por ejemplo, una teoría muy interesante es el enfoque cognitivo de la depresión, planteada por Aeron Beck (9), quien expresa que a la depresión hay que entenderla a través de un enfoque cognitivo, Plantea que en la persona deprimida concurre una triada de cogniciones negativas; cogniciones negativas sobre sí mismo, sobre las personas que le rodean y sobre el futuro, todo ello unido a la existencia de pensamientos esquemáticos.

Tales cogniciones que empoderan la vida psíquica del que las posea, se manifiestan bioquímicamente como déficit y/o disminución de catecolaminas, entre, sobre todo, una muy importante para mantener el tono afectivo alto, la serotonina. En tanto persistan tales cogniciones, mientras más fuertes sean esas cogniciones, más se repitan, a nivel de hipocampo habrá mayor reverberación y a nivel de la amígdala habrá una mayor consolidación de una estructura afecto-cognitiva, que tendrá consecuencias funestas para la vida de relación y las metas y proyectos del ser humano, disparándose el autodio, el auto rechazo, la convicción de que no podrá, de que quienes le rodean tampoco pueden porque no son buenos, ni están capacitados para ello y entonces las preguntas que se harán de modo permanente serán, ¿para qué vivir?, ¿tengo futuro?, entre otras. Estudios realizados arrojan cuatro cualidades básicas que tiene la palabra para poder comprender el efecto terapéutico de la misma, dado a través de las diferentes modalidades de psicoterapia, en las que toma cuerpo (Cobián, 2004, 2005) y estas son:

- Aumenta la neuroplasticidad cerebral.
- Aumenta el número de sinapsis.
- Aumenta la arborización dendrítica.
- Aumenta los niveles de oxígeno y glucosa en el neurosoma.

La neuroplasticidad aumentada es favorable a la manifestación de los cambios cuantitativos y cualitativos en el cerebro, por tanto, estas cogniciones inservibles y esos pensamientos rígidos pueden ser cambiados, reestructurados.

Si el objeto de toda psicoterapia y la hipnosis lo es, se expresa en enseñar al paciente *A DESAPRENDER, PARA REAPRENDER*. Está claro que no se puede

aprender cosas nuevas, si no hay nuevas sinapsis, nuevas conexiones, las que no solo serán axodendríticas, si no, dendodendríticas, dadas, en la praxis terapéutica, por la capacidad que tenga el sujeto de reestructurar sus ideas, de cambiar los patrones negativos por otros más saludables, más productivos

El oxígeno y la glucosa son el combustible necesario para las sesiones terapéuticas, la palabra los contiene, los elicit, los activa, ello es y será necesario para que el paciente analice, compare, piense, aplique la regla de oro de valorar costo-beneficio y tener la disposición y la fuerza necesaria para emprender los cambios en sus percepciones, en sus cogniciones, y así asumir la necesidad del cambio, de la reestructuración y permitir que estos se operen y se materialicen.

Del mismo modo en que la hipnosis puede ayudar a tratar afecciones psicológicas, lo puede hacer en casos de trastornos psicossomáticos y somáticos específicamente.

Existe una amplia gama de trastornos que pueden ser atendidos con hipnosis. Varios estudios reflejan del éxito de esta técnica en el tratamiento de ciertos problemas de salud, tales como afecciones de la piel, el dolor por parto, por cáncer y las algias vertebrales, como anestésico en intervenciones quirúrgicas específicas, en odontología para exodoncias, pulpectomías, gingivoplastias, en el tratamiento de los hábitos bucales perniciosos, tales como la respiración bucal, la succión digital y la lengua protráctil (Cobián, 2004; Mess, 1992).

En medicina también ha sido de utilidad para el tratamiento de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso sistémico, la fibromialgia, también en procesos virales, en aplasias medulares en pacientes leucémicos, enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial, el asma, la diabetes mellitus. Aumentan los casos de enuresis y encopresis tratados con éxito con hipnosis.

En lo personal he tenido el privilegio de dirigir procesos hipnoanestésicos complejos en el orden de las intervenciones quirúrgicas: varicoceles, hernias, hidroceles comunicantes, extracción del octavo molar retenido. Dentro del campo de la psicoimmunología hemos trabajado terapéuticamente en restablecer los niveles de leucocitos en pacientes con aplasia medular y eliminar insomnio persistente de más de una semana por temor a morir, en casos de amigdalitis viral, en restablecer la calidad de vida en pacientes artríticos y atenuar y o eliminar el dolor, así como revertir el cuadro y sus manifestaciones en pacientes con lupus eritematoso.

Crisis histéricas de conversión —conocidas hoy como trastornos somatomorfos— han sido tratadas con éxito por este autor y otros colaboradores. Diversos colegas agrupados en el Grupo de Hipnosis de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba han llevado a cabo investigaciones con el empleo de la hipnoterapia en el manejo de diversas entidades clínicas, que van, desde la disminución o eliminación de los síntomas hasta conformar una transformación en los modos de pensamiento de los sujetos que portan tales condiciones patológicas y el empoderamiento de actitudes y conductas salutogénicas; me refiero aquí a estudios de la efectividad de la hipnoterapia en la hipertensión arterial, el asma bronquial tanto en los momentos de crisis como en el periodo intercrisis, en la diabetes mellitus tipo II para mejorar la adherencia terapéutica y estabilizar la actividad metabólica, también otros dirigidos al tratamiento de la disfunción sexual masculina eréctil y eyaculatoria, así como la modificación del umbral doloroso en pacientes hospitalizados con cáncer en fase terminal, com-

binada esta vez con terapia cognitivo conductual. En fin, se han abordado para su estudio y tratamiento numerosas enfermedades y los resultados derivados de dichos estudios han permitido que la clínica de la hipnosis adjunta al grupo homónimo, haya recibido la condición de servicio científico técnico certificado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente y la producción de tesis de maestría y doctorado.

Todas estas actividades y sus resultados, han generado un aumento del interés por la hipnosis terapéutica por los profesionales de la psicología, la medicina, la odontología, la terapia rehabilitadora, la enfermería e incluso los leguistas, lo que ha llevado a estructurar cursos de posgrado, entrenamientos y diplomados en varias universidades médicas del país, fundamentalmente en el oriente cubano, abarcando las provincias de Santiago de Cuba, Granma y Holguín y determinadas acciones en Villa Clara. La Habana que fue pionera en estos quehaceres, ha perdido la brújula, sobre todo después de la desaparición de la Sociedad Cubana de Hipnosis, adscripta a la Academia de Ciencias de Cuba, aunque hay profesionales de la psiquiatría, odontología y de la psicología, que tienen un conocimiento profundo de la misma y con saberes importantes, tanto en lo teórico como en lo práctico.

De hecho, con tales argumentos expresados en los párrafos anteriores podemos hablar de la existencia de profesionales que se han cultivado y preparado en estos modos de actuación terapéutica y que trabajan en diferentes instituciones de salud del país.

Si esto fuera poco, puedo añadir, que Cuba, a partir de la existencia de estos logros se ha convertido en líder de la región en materia de hipnosis clínica y es sede de importantes eventos científicos internacionales del tema, como lo son los eventos Hipnosantiago, que se celebran cada dos años en la ciudad de Santiago de Cuba, con una gran participación de especialistas cubanos y extranjeros y son muchos los representantes de otras latitudes, que acuden a nuestro país para formarse en esta técnica y ponerse en contacto con los saberes de nuestros especialistas emanados de la praxis científica.

Cuarta pregunta: ¿No es peligrosa la hipnosis?

La hipnosis en sí misma no es peligrosa, muchas practicantes la han aprendido y aplicado sin dificultad, pero una cosa es hacer hipnosis como práctica en sí, y otra es hacerla con fines terapéuticos, esto última demanda conocimientos sólidos y profundos sobre el método, la enfermedad y la personalidad del paciente.

Tal vez la hipnosis de tipo directivo se preste a fomentar la falsa creencia de que, porque se pueda anular, por ejemplo, con sugerencias directas un dolor de muela, se pueda lograr cualquier otra cosa de manera exitosa. La hipnosis de espectáculo puede también alimentar tan ingenua creencia. Ello nos lleva a alertar a que ninguna persona por muy necesitada que esté y por altas expectativas derivadas de lo que pueda haber leído o escuchado, deba someterse a ser manejado por personas sin calificación y sin conocimientos científicos. Se corre el riesgo que en vez de provocarse bienestar se infrinja, daño. La hipnosis en su aplicación requiere la observancia de principios bioéticos como la beneficencia y la no maleficencia.

La hipnoterapia, considerada en muchas partes como modalidad de tratamiento natural, suave, alternativo, complementario, es inocua, más debe siempre saberse que hay simuladores y cuando no hay mucha experiencia por parte de quien pretenda aplicarla, puede ser frustrante cuando al tiempo

de supuestamente tener a la persona hipnotizada, se da cuenta de que no lo estaba.

La hipnosis sirve para muchas cosas, pero no es una panacea. Forzar su aplicación en circunstancias y a personas no apropiadas, puede desestimular su empleo y creer que su valor es cuestionable.

Quinta pregunta: ¿Qué sugerencias o consejos daríamos a quienes se inician en el mundo de la hipnosis?

Retomo aquí algunos consejos (Cobián, 2010: 183) que siempre doy a quienes quieran adentrarse en este fascinante mundo.

- I. Aprender sobre hipnosis y saberla emplear no es difícil, sin embargo, su uso para terapia requiere destreza, habilidad y dominio; así que, si esta última es su finalidad, asegúrese tener un control pleno.
- II. Nunca pierda la paciencia ante un caso que se resista a salir del trance, pues si usted se desespera, solo logrará que aumente su propia angustia y no podrá devolver al sujeto a su estado anterior.
- III. Siempre utilice un tono suave y frases que respeten la integridad y los valores del paciente; eso hará que a nivel inconsciente o consciente su inteligencia capte el sentido ético y humano de su actuación y creará mecanismos actitudinales favorables al hecho hipnótico.
- IV. Mantenga vivo el principio de no hacer daño, ello le evitará caer en errores éticos y fortalecerá a la vez su capacidad humana y profesional hacia el sujeto que requiere su atención.
- V. Tenga siempre en cuenta que en asuntos de terapia hay que partir de un referente, pero es importante también crear su sello, lo que significa ser creativos y no repetitivos al extremo de copiar maneras de otros.
- VI. Si se decide por un método o una escuela, recuerde también que los otros son válidos. Acudir a ellos no significa modificar su postura.
- VII. No olvide que mientras más sepa y destine sus conocimientos hacia los fines más nobles de la humanidad, más podrá hacer por ella.
- VIII. No pretenda nunca sugerir cosas que vayan contra los valores del sujeto de experimentación o paciente. Nadie va contra su dignidad ni su decoro. No se dirija a un fracaso anunciado.

Psicología y género: UNA MIRADA DIFERENTE A LA MISMA REALIDAD

Norma Vasallo Barrueta

*[...] es mucho más fácil comprender 1000 hechos nuevos
en cualquier campo,
que un nuevo punto de vista
sobre unos pocos hechos ya conocidos.*
(VIGOTSKI, 1987: 14)

Desde sus orígenes, lo que es hoy la Teoría de Género, aparece en la búsqueda de una explicación diferente al orden jerárquico primario de la sociedad, es decir, una explicación alternativa a la subordinación de las mujeres en lo que aparece en la historia como fenómeno universal y pan cultural.

Para comprender la relación entre el género y psicología, es necesario esclarecer lo que es el primero, porque, lamentablemente, en la lengua española género es un término con diferentes acepciones y eso tiende a crear confusiones. Por ejemplo, lo más conocido es lo que aprendemos en gramática, que género es femenino y masculino. Sin embargo, aquí estaremos hablando de su acepción en la Teoría de Género.

Origen del concepto género

El *género*, como concepto, es de reciente incorporación al análisis científico. Se reconoce su origen en la obra de Jhon Money, psicólogo de Nueva Zelanda, quien se formara profesionalmente en las Universidades de Pittsburg y Harvard y ejerciera su carrera en la Clínica psicohormonal de la Universidad John Hopkins. En 1951 usa el concepto *gender* por primera vez para referirse a un componente cultural, fundamentalmente la influencia educativa, en la formación de la identidad sexual.

Hasta ese momento la identidad sexual era vista solo como determinada biológicamente, de ahí que el uso de este concepto para referirse a un aspecto que la cultura forma, constituye un aporte importante al conocimiento científico, que, aunque magnificado en ese momento, tuvo consecuencias para lo que con posterioridad se reconoce como *gender* en inglés y *género* en español, dentro de la Teoría Feminista.

A pesar de que es en la década de los cincuenta en la que tiene lugar la emergencia del concepto, su contenido fue variando hasta lo que hoy podemos reconocer. En los años sesenta Robert Stoller, psicoanalista elabora conceptualmente el término en su libro *Sex and Gender* (1967). Tanto para él como para Money se evidenciaban dos cuestiones fundamentales (Izquierdo, M., 1998).

- Algunos individuos no podían ser clasificados en machos o hembras desde el punto de vista del dimorfismo sexual porque poseían los caracteres sexuales secundarios poco marcados.
- Otras personas que morfológicamente tenían bien definida su sexualidad, declaraban sentirse en un cuerpo equivocado.

El análisis de estos problemas en los años cincuenta estaba marcado con fuerza por la biología. Estas realidades históricamente han sido interpretadas culpabilizando a las personas que la portan, más que a la sociedad y la manera en que se estructura, de ahí que la solución a esos “malestares” no pasaban por propuestas de crítica a la sociedad y en consecuencia de propuestas de transformación.

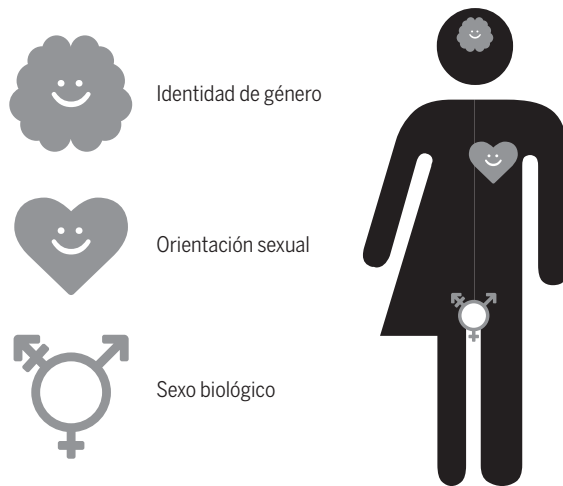
Esta aportación de la Psicología no fue suficiente para el desarrollo que después tuvo este concepto, de la mano de las feministas estadounidenses en la década de los setenta. En este sentido le precedieron dos planteamientos significativos para una ruptura con el pensamiento que prevalecía en la ciencia acerca de la mujer.

En primer lugar, la obra de la destacada antropóloga estadounidense, Margaret Mead y específicamente sus investigaciones en tres sociedades de Nueva Guinea en los años treinta del siglo XX (Mead, M., 1935). En sus estudios ella constató que no todas las sociedades estaban organizadas de forma Patriarcal y en este sentido la distribución de los roles entre mujeres y hombres era diferente a las sociedades occidentales, con lo cual hace un primer cuestionamiento al carácter “natural” de las diferencias entre mujeres y hombres, incluyendo las físicas. Este planteamiento, sin dudas, significa una primera aproximación a un análisis de esta realidad asignándole responsabilidad a elementos de la cultura específica de cada sociedad en el desarrollo de las diferencias entre mujeres y hombres y, sobre todo, acerca de su desempeño diferencial de funciones.



En segundo lugar, la célebre frase de Simone de Beauvoir en su libro *El Segundo Sexo*, “una no nace, se hace mujer” que presenta la idea de una construcción de la feminidad independiente de la herencia biológica y que tuvo un importante impacto en el pensamiento feminista; baste recordar que se reconoce como el libro de la segunda mitad del siglo XX más leído por las feministas.

La categoría género



Hay un amplio reconocimiento entre las especialistas, acerca de que “La introducción de la categoría género en el discurso académico y popular, en los últimos veinte años, representa uno de los mayores logros de la ‘segunda ola’ del feminismo” (Nicholson, L.,1992). Esto es así porque desde el feminismo se pudo desmitificar las creencias acerca del carácter “natural” y, por tanto, invariable de las diferencias entre hombres y mujeres; se hizo asignándole a la categoría género el contenido que hoy se le reconoce en las ciencias sociales y a través del cual se puede develar lo que en cada sociedad y en cada cultura, en los diferentes momentos históricos se hace para producir y reproducir las diferencias entre hombres y mujeres.

Hablo de producir porque en cada nuevo momento histórico, se dan cambios que contribuyen la emergencia de nuevas diferencias, no solo han existido diferencias, por ejemplo, en el acceso a la educación y la calificación; sino también en el acceso al mercado laboral y después diferencias salariales. Hablo también de reproducción porque una vez que se instalan las nuevas diferencias en cada época, ellas son transmitidas a otras en un proceso que explicaré más adelante.

¿Qué es el género?

Para analizar este concepto podemos partir de dos definiciones metodológicas, primero:

- Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas, económicas, asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo al sexo.

Hablamos de características en campos diferentes, por ejemplo, desde el punto de vista psicológico, se dice que las mujeres son más sensibles, más sociables, los hombres más fuertes, más competitivos, más decididos; pero también se habla de otras características en campos como el poder, las mujeres están menos representadas en espacios de toma de decisión, están menos representadas en la fuerza de trabajo, tienen salarios inferiores, no tienen todos los derechos que tienen los hombres. Es decir, estas son características que se reconocen de manera diferenciada a hombres y mujeres solo por serlo.

Otra definición pudiera ser:

- Es la construcción sociocultural de las diferencias entre mujeres y hombres.

Entre ambas definiciones hay una diferencia fundamental, la primera está referida al género como producto, cómo se expresa este en forma de característica en diferentes ámbitos, es decir, **el género como producto**. La segunda definición enfatiza los procesos que dan lugar a esos productos antes señalados, es decir, **el género como proceso**.

Esta delimitación es muy importante porque para producir cambios en las desigualdades que se expresan como producto del género en la sociedad, es necesario identificar los procesos que las producen porque sobre ellos es que deben actuar las políticas, los proyectos, los programas. El producto es lo que llama la atención, lo que identificamos primero, pero son los procesos los que deben modificarse para que los productos sean otros, apunta a la relación hombre/mujer en diferentes ámbitos, cuál es el lugar en cada uno de estos.

¿Por qué decimos que el proceso es cultural? Porque está referido a la participación de todo el simbolismo, relacionado con el ser mujer o ser hombre, presente en cada cultura y en cada época histórica en la reproducción y producción del género, es decir, la significación que cada cultura le atribuye. Estamos hablando de representaciones simbólicas como las imágenes en los medios de difusión y la propaganda, las representaciones en las diferentes expresiones artísticas, entre otras.

¿Por qué decimos que el proceso es social? Porque se refiere a aspectos socioeconómicos relacionales entre hombres y mujeres que participan en la producción y reproducción del género. ¿Quién está y quién no está representado en algún espacio, quién lo está más? Algunos ejemplos del aspecto socioeconómico relacional.

- División espacio público y privado.

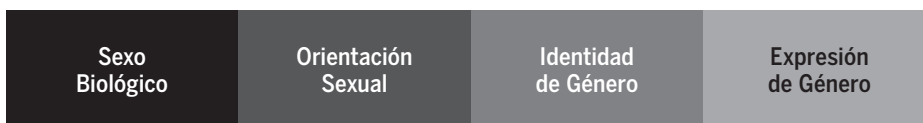
Las mujeres en la casa, los hombres fuera, en espacios de desigual desarrollo.

- Desigual distribución de roles domésticos.

Las mujeres como máximas responsables de la reproducción de la fuerza de trabajo.

La reproducción de esta realidad a lo largo del desarrollo da la humanidad fue construyendo la creencia de que esas diferencias eran “naturales”, debidas a la condición de ser hembra o macho, pero las investigaciones antropológicas han demostrado que no en todas formas de organización social esa ha sido

la división de funciones y espacios entre hombres y mujeres (Margaret Mead, 1935) por lo que confirman el carácter construido de estas, que por otra parte han servido como soporte a las desigualdades, al reconocerse y remunerarse menos aquello que realizan las mujeres, así como perpetuarlas en espacios de menos desarrollo.



La psicología como vehículo para la reproducción de género

Pero, ¿cómo se ha reproducido esa realidad? A través de las creencias, los mitos, las costumbres, las representaciones, es decir, a través de la subjetividad social, la psicología social de los pueblos lo que otros especialistas llamarían imaginarios colectivos o como *Bordieu, el Habitus*.

La diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas, entre otras, tiene que ver con las actitudes, valores y expectativas que una sociedad dada conceptualiza como femeninos o masculinos y que forman parte de la psicología individual de las personas y se ponen de manifiesto en sus decisiones, tanto sobre sus vidas como la de otras personas contribuyendo a reproducir las desigualdades.

Los aspectos subjetivos, tanto individuales como sociales tienen un importante papel en la reproducción del género por ser ella la que contiene las valoraciones tradicionales y que se expresan en la ideología patriarcal presente, ya sea en las personas o en los grupos humanos y que se transmite a otras personas y grupos, a través de la socialización en procesos de interacción y comunicación humanas. Entran en juego aquí las diferentes instituciones y grupos con los que las personas se relacionan desde el momento del nacimiento y a lo largo de toda la vida.

La ideología de género, en cada persona, es resultante de la influencia socializadora que ha recibido y que le ha exigido de manera diferenciada de acuerdo a su sexo. Así se han formado intereses, motivaciones, actitudes, pautas de comportamiento, que le orientan de manera específica en todas las esferas de su vida, incluida la laboral. La ideología de género influye en las preferencias ocupacionales a la hora de acceder al mercado laboral y esto ha contribuido a la consideración de actividades femeninas y otras masculinas ligándolas a capacidades "naturales" de cada sexo; con lo cual se sigue reproduciendo esa realidad.

El acceso diferencial desde edades pequeñas a los disímiles objetos de la vida cotidiana debe contribuir a la formación no solo de capacidades motrices diferentes; sino también a las psicomotrices, contribuyendo a desarrollos psicológicos no similares porque, siguiendo a Leontiev este proceso es el mismo en la asimilación de los productos de la cultura, como, por ejemplo, la adquisición de la lengua. Para este autor este proceso que él denomina *asimilación*, tanto de los objetos de la vida material como cultural, crea en los seres humanos nuevas capacidades; pero también nuevas funciones psíquicas. De lo que se trata para una mirada desde una perspectiva de género es explicar cuanto la socialización diferencial entre hombres y mujeres contribuye a que se forme en ellos capacidades y funciones psíquicas diferentes.

Resulta importante en este punto destacar que para este autor “la capacidades y actitudes específicas del hombre no se transmiten por la herencia biológica, sino que se forman durante la vida, en el proceso de apropiación de la cultura creada por las generaciones anteriores” (Leontiev, 1970: 11). Y qué características tiene la cultura, estamos hablando de una cultura esencialmente patriarcal donde el hombre ha sido y es el centro y la medida de todas las cosas, el referente obligado en el proceso de influencias educativas el paradigma de lo que se debe ser, ¿cómo serán entonces en su contenido esas capacidades y actitudes específicamente humanas que se forman, como dice este autor, en el proceso de apropiación de la cultura?

Asimismo, refiere que los seres humanos “aprenden a ser seres humanos” y en este sentido recordamos la célebre frase de Simone de Beauvoir: “una no nace, sino se hace mujer”; pero, ¿cómo? Dice Leontiev que las generaciones humanas desaparecen; pero lo que ellas crearon se transmiten a la siguiente, su creación se expresa en lo que él denomina “fenómenos exteriores del mundo objetivo”, es decir, industria, ciencia, arte y que en ellas está la verdadera historia de la humanidad, todo lo que ella ha alcanzado, sus logros avances, desarrollos.

La asimilación de este mundo objetivo; pero humano, se realiza a través de un proceso que considera es activo, es decir, el proceso se realiza en la actividad que desarrollan los seres humanos desde su nacimiento. Podemos preguntarnos: ¿qué ocurre entonces cuando las actividades son diferentes según el sexo que se porte?

Sin dudas, la mayor parte del cómo somos está marcado por la cultura patriarcal, no es una herencia biológica, no es inherente a nuestra sexualidad, es un producto cultural en el que no solo se expresa nuestra realidad, sino también la que nos ha antecedido y que nos llega en forma de herencia cultural a partir de la influencia de los “otros” y también de la producción humana que nos han legado generaciones anteriores.

Cada vez con mayor intensidad las ciencias y, en particular, las sociales, esclarecen la necesidad de la perspectiva de género para la comprensión más objetiva de la realidad de mujeres y hombres y de las relaciones que entre todos se producen.

Una mirada desde la psicología como disciplina científica, permite apreciar que, las personas nacen en un determinado contexto social (familiar) y se desarrollan en él o en otro (institucional) del que reciben un legado cultural e histórico lleno de realidades o símbolos que se expresan en tradiciones, costumbres, normas, valores, que van contribuyendo a construir en cada persona una representación de lo que se espera de ella.

El escenario en el que las personas se van desarrollando a lo largo de sus vidas va cambiando en la medida en que cambian sus realidades: crece y debe estudiar y asiste a diferentes escuelas, necesita trabajar y se emplea; su necesidad de relación (propio de los seres humanos) le lleva a establecer nuevas amistades y grupos de amigos/as. Todo este complejo entretejido social va cambiando a lo largo de la vida de las personas y le va planteando diferentes exigencias en su devenir. Cada etapa, cada momento nuevo en la vida de las personas no la encuentra como al nacer, sola con su herencia biológica, sino que ya es portadora de una subjetividad que ha ido construyendo en su relación con lo social (exigencias) y que se convierte en cada nuevo momento social, en mediatizadora de esa exigencia, posibilitándole o no recibirla activa o pasivamente, según pueda configurarse su subjetividad en cada momento previo.

El género en el nivel individual es la subjetivación de las exigencias sociales, de raza y clase, tal y como las va construyendo la persona a partir de su cuerpo y sus experiencias, no siempre conscientes, en su historia. En este sentido el género tiene contenidos particulares para cada una/o y, por tanto, diversas significaciones, aun cuando, además, tienen elementos comunes.

En la relación con las personas, la comunidad de contenidos asignados/ asumidos al género que ellas portan se intercambia en las diversas maneras de comunicarse, construyendo un saber cotidiano que se constituye en Representación Social del Género, construido y compartido socialmente como toda Representación Social.

Este saber cotidiano de sentido común se expresa en la relación entre las personas que integran determinados grupos: familia, coetáneos escolares, grupos informales, comunidad, miembros de diferentes organizaciones e instituciones, constituyéndose en referentes que forman parte de las exigencias sociales a las personas que se integran a estos.

Es la continuidad de un proceso que contribuye a perpetuar los contenidos asignados socialmente al género, no sin sufrir los cambios que el contexto sociohistórico demande en cada período; a lo que se une, además, las circunstancias de vida de cada persona.

Del género como Representación Social compartida, que nos va llegando a través de diversas exigencias sociales, vamos tomando elementos, algunos de los cuales asumimos de manera más intensa convirtiéndose en parte esencial de nosotras/os como características propias o como objetivos a alcanzar. Es lo que nos identifica con otras personas en cómo somos y cómo queremos ser, expresándose en nuestros proyectos personales de vida y, por supuesto, en nuestra identidad individual. Las definiciones atribuidas a los géneros contribuyen a la configuración de las identidades de cada una/o y entre ellas/os mismas/os.

Según Lagarde, la relación entre subjetividad, identidad y condición histórica del sujeto, sustentan la identidad de género, considera, asimismo, que ella se construye en la interacción con los otros, en su actividad vincular con todo lo que le rodea y en su accionar sobre sí misma, privilegiando el espacio intersubjetivo en el análisis de esta. Identidades asignadas y experiencias vividas son aspectos esenciales en su comprensión de la identidad genérica (Lagarde, M., 1998).

Cuando valoramos como elemento fundamental en la configuración de la identidad de género la condición histórica del sujeto, estamos reconociendo la diversidad de circunstancias, experiencias y vivencias que se pueden dar en la persona a lo largo de su vida y la multiplicidad de relaciones que puede establecer, de mayor o menor implicación personal para esta; todo lo cual nos lleva al reconocimiento de la variedad de elementos que pueden estar presentes y reflejarse en la identidad del sujeto y también por supuesto, la diversidad de identidades que dentro de un mismo género podemos encontrar y que se expresa en su conducta en relación con los otros y consigo mismo. De lo anterior la importancia que concedemos al **contexto** en la formación de las identidades.

El género, esa mirada, otra, crítica, alternativa, nos impone una complejidad en su desarrollo, marcada por la necesaria ruptura de saberes instalados no solo en el imaginario popular, sino también el de quienes construyen la ciencia. Colocarnos en una perspectiva que permita la emergencia de lo que estaba oculto requiere no solo deconstruir el saber científico acumulado durante mu-

chos años, sino y antes, romper con actitudes, estereotipos y más difícil aún, con prejuicios que han sostenido con fuerza las creencias legitimadas por las ciencias acerca de las diferencias “naturales” entre mujeres y hombres.

Resulta evidente que los aspectos subjetivos, tanto individuales como sociales tienen un importante papel en la reproducción del género por ser ella la que contiene las valoraciones tradicionales, que se expresan en la ideología patriarcal presente en la cultura, tanto en las personas como en los grupos humanos y que se transmite a otras personas y grupos a través de la socialización en procesos de interacción y comunicación humanas.

Y no es que nuestra preocupación se base en el deseo de que no existan diferencias, no; las diferencias son precisamente las que dan la riqueza a nuestro desarrollo. De lo que se trata es que las diferencias no se constituyan en elementos que sostengan, fundamenten, justifiquen, el tratamiento desigual. Diferencia y desigualdad no son sinónimos; sin embargo, se han acompañado durante milenios en el pensamiento social y han contribuido en su articulada unidad a construir una imagen naturalizada de muchas de las injusticias que se han cometido: la subordinación de las mujeres, la discriminación racial y étnica, la homofobia son algunas de ellas. Tan naturalizadas están que no es hasta recientemente que se han convertido para algunas personas, en objeto de investigación científica.

La identidad de género se asume en un contexto donde mujeres y hombres tienen asignados roles diferenciales en correspondencia con los cuales es tratado o tratada y se espera se comporte.

Cuando valoramos como elemento fundamental en la configuración de la identidad de género la condición histórica del sujeto, estamos reconociendo la diversidad de circunstancias, experiencias y vivencias que se pueden dar en la persona a lo largo de su vida y la multiplicidad de relaciones que puede establecer, de mayor o menor implicación personal para esta; todo lo cual nos lleva al reconocimiento de la variedad de elementos que pueden estar presentes y reflejarse en la identidad del sujeto y también, por supuesto, la diversidad de identidades que dentro de un mismo género podemos encontrar y que se expresa en su conducta en relación con los otros y consigo mismo. De lo anterior, la importancia que concedemos al **contexto** en la formación de las identidades.

La subjetividad es entonces producto donde la cultura patriarcal ha dejado su impronta, pero es a la vez proceso a través del cual se perpetúa, constituyéndose en proceso reproductor del género ya construido y reproductor de nuevas formas de este.

Pensando la sexualidad desde el campo de la psicología

Beatriz Torres Rodríguez

Escribir sobre la sexualidad, la vida en pareja, desde un enfoque psicológico para este libro, me lleva al reto de adentrarme en las respuestas a una serie de inquietudes que tanto en el espacio de consulta, en la docencia, como en los medios de comunicación donde participo como especialista, me han realizado durante años. En específico, en la sección “sexualidad y vida cotidiana” en el Canal Habana, que conduzco hace catorce años. Entre estas interrogantes se destacan:

¿Qué entender por sexualidad?, ¿cómo, cuándo y por qué aparece la sexualidad en las personas?, ¿los niños tienen sexualidad?, ¿a qué edad aparece?, ¿qué relaciones existen entre la mente y la sexualidad de un ser humano?, ¿se puede afirmar que la sexualidad se desarrolla?, ¿qué entender por una sexualidad desarrollada?, ¿qué se considera normal en la sexualidad humana?, entre los muchos cuestionamientos y de los que trataremos de responder en la medida de lo posible.

La sexualidad es una de las áreas de estudio donde el psicólogo, encuentra una gran cantidad de tareas a desarrollar, tanto en la prevención de malestares con la propia sexualidad y en la vida en pareja hasta las disfunciones sexuales, su rehabilitación, como en el desarrollo de una educación sexual integral, entre otras. Campo de acción que es amplio y se mueve desde el proceso que va de la salud a la enfermedad y viceversa, incluyendo los malestares que se pueden desarrollar. Lo importante de todo este trabajo está encaminado a buscar que, tanto hombres como mujeres logren una vida sexual satisfactoria.

Existen, a mi juicio, tres grandes campos en el estudio, investigación y tratamiento en el área de la sexualidad en la actualidad:

- Las problemáticas actuales de la vida en pareja desde la propia cotidianidad que generan en muchas ocasiones malestares relacionados con problemas de comunicación, altas expectativas, falta de negociación en el establecimiento de proyectos individuales y de pareja, nuevas formas y viejas de vivir el vínculo que se enfrentan a aprobación o desaprobación de las familias y la sociedad, entre otros.
- Las disfunciones sexuales, las cuales han ido en aumento a escala internacional y nacional, ya la que se les dedica muchas investigaciones y constituyen la “gran vedet” de la sexualidad, que en muchas ocasiones está relacionado con la alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, donde el cáncer, las enfermedades cardiovasculares ocupan un lugar destacado y que impactan de diversas formas en la sexualidad del paciente y la pareja.

- Las parafilias, que, aunque con menos frecuencia en la población cubana, y con baja presencia en los motivos de consulta, también es necesario tenerlas en cuenta para orientar a la población que tipo de comportamientos son necesarios tratar.

Al abordar la sexualidad, lo primero que hay que definir es lo que entendemos por esta, ya que a partir de su conceptualización podremos derivar las acciones de promoción de salud, y educación, que hacia ella dirijamos.

La sexualidad es parte esencial en la vida de cada hombre y mujer; una realidad compleja en la que se interrelacionan tres dimensiones: la biológica, la psicológica y la social, que incluyen desde la reproducción y el acto de brindar placer erótico y espiritual, hasta el contexto social en el que se desarrollan el individuo y la pareja.

Como manifestación de la personalidad, la sexualidad se puede vivir de manera muy diferente por cada sujeto. Este último portador de una sexualidad única que construye a lo largo de toda su vida, bajo las influencias externas e internas (biológicas y sociales). Por eso el carácter plástico, moldeable e individual de la sexualidad, y su vínculo indisoluble con la personalidad, por ser sexuada y la sexualidad tener un carácter personalizado y único. Así cada persona tiene experiencias personales, expectativas, creencias que va formando a través de la vida y dan determinadas interpretaciones acerca de la vivencia de satisfacción o no, de bienestar o todo lo contrario, de culpas, entre otros aspectos.

Cuando se dice que la sexualidad se integra al yo individual, alude al hecho de que cada hombre y mujer es un ser biológicamente sexuado, con su identidad de género y se proyecta así con su masculinidad o femineidad: Esto es lo que constituye su carácter personalizado como propiedad esencial de la sexualidad, cuyo desarrollo y expresión se relaciona con el resto de las dimensiones existenciales: individuo, pareja y familia y sociedad, a través del proceso de socialización.

Ahora bien, el lugar de crecimiento y expresión plena de la sexualidad, es la pareja; ella representa el sitio de encuentro de un sujeto con el otro, en el campo de las relaciones afectivas, eróticas, de comunicación física y espiritual. Es un sistema dialéctico, donde cada miembro conserva su identidad, sin renunciar a sí mismo por ese vínculo de pareja. Lograr que este espacio de encuentro y crecimiento de este vínculo se desarrolle va a depender de sus integrantes, de cuanto sepan negociar, comunicarse de forma eficaz, teniendo en cuenta el desarrollo de dos habilidades sociales básicas, la empatía que es comprender y ponerse en el lugar del otro(a) y la asertividad que es la habilidad de expresar de forma clara lo que me gusta o no, lo que se aspira de la relación, del vínculo erótico, entre otros aspectos para formar ese espacio del nosotros que para algunos esta cargado de bienestar, compromiso, pasión y ternura y para otros de gran discomfort.

Pero en el contexto de las relaciones interpersonales, la familia es la que constituye el primer agente de socialización de la sexualidad; el filtro que mediatiza todas las influencias que ejerce la cultura sobre el ser humano desde que nace y a lo largo de toda su vida. Es el marco donde se potencia la comunicación humana y los lazos emocionales, y donde se reproduce la vida a través de la descendencia.

Por el contrario, la sociedad es el más amplio contexto en que el ser sexuado interactúa y se comunica, según su identidad de género, a lo largo de toda su

vida. Es la dimensión donde el sujeto adquiere las normas, valores y patrones culturales predominantes, a partir de los cuales la familia y todos los agentes de socialización conforman, educan y evalúan la sexualidad de cada persona. Un ejemplo de cómo la cultura y el contexto histórico en que los miembros de un pareja se desarrollan cambian es el caso de la interpretación de la virginidad; hasta hace más o menos treinta años en nuestro país todavía se le daba gran valor, e incluso, eran juzgadas las mujeres que habían tenido relaciones sexuales previo al matrimonio, sin embargo, hoy vemos en consulta muchachas que fingen con su grupo de coetáneos tener pareja y relaciones sexuales para ser aceptadas y no ser tildadas de “bobas y mojigatas”. Lo que muestra como en tan poco tiempo como cambió el sentido y valor de un comportamiento sexual que costó y cuesta todavía en muchas culturas crímenes y discriminación.

Además de tener en cuenta las dimensiones en que se expresa la sexualidad, es necesario hacer referencia a los procesos que la componen (Asociación Mundial de la Salud Sexual, 2008).

- **SEXO:** Es el conjunto de atributos anatomofisiológicos de carácter sexual, pre y postnatales (cromosomas, genitales, gonadales, hormonales, cerebrales) que lo convierten en un ser biológicamente sexuado desde el instante mismo de su creación.
- **GÉNERO:** El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.
- **IDENTIDAD DE GÉNERO:** Es el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. Determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.
- **ROL DE GÉNERO:** Es la forma particular de cada individuo de interpretar, expresar y asumir los diversos papeles masculinos y femeninos que establecen los modelos sociales de cada cultura.
- **ORIENTACIÓN SEXUAL:** Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.
- **IDENTIDAD SEXUAL:** Es la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.
- **EROTISMO:** El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que, por lo general, se iden-

tifican con placer sexual. Se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

- **VÍNCULO AFECTIVO:** La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. Se establece, tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

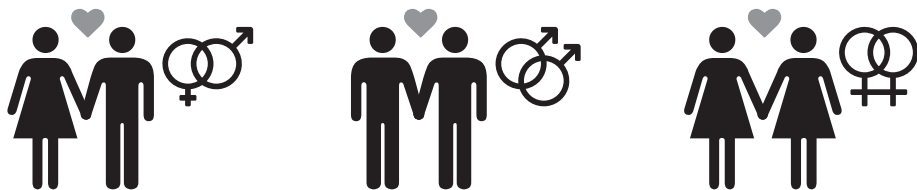
El término “sexualidad” se refiere entonces a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Torres, 2006).

Además, la sexualidad es la unión sistémica de componentes psicológicos (identidad y rol de género, y orientación sexual), tienen como núcleo integrador la identidad de género como tal, puesto que en la base de este importante proceso se encuentran un conjunto de conceptos, motivaciones, valores, sentimientos, actitudes, capacidades que matizan toda la vida personal y social del ser humano.

Los componentes expuestos reafirman el carácter complejo y multidimensional de la sexualidad, donde se interrelacionan aspectos psicológicos, biológicos y sociales. Por lo tanto, no debemos hablar de sexualidad, sino de sexualidades por el carácter complejo, pero a la vez único que se manifiesta en cada persona.

De todo lo anterior deriva el hecho de que, si es necesario conocer un sentido integrador del concepto de sexualidad, también es imprescindible poseer una noción clara de lo que entendemos por sus trastornos.

Campos de estudio, investigación y tratamiento de la sexualidad



Como comentamos al inicio de este artículo existen diferentes campos o áreas para el estudio y tratamiento de la sexualidad, la que abordaremos a continuación.

Malestares y problemas contemporáneos en las relaciones de pareja

Una de las inquietudes y problemáticas que más se presentan en la actualidad relacionadas con la sexualidad y las relaciones amorosas, son las referidas a la vida en pareja, sus conflictos y las preocupaciones que más están incidiendo, lo

que provoca, muchas veces, insatisfacción y displacer. Pero antes de adentrarnos en un breve análisis de estos aspectos habría que preguntarse:

- ¿Podemos prescindir de vivir sin pareja?
- ¿Cómo podemos enfrentar los cambios actuales y el reto de compartir nuestra vida con otro?
- ¿Vivir en pareja implica la pérdida de nuestro espacio como personas?

Muchos teóricos plantean que la pareja contemporánea está en crisis y que va a desaparecer, citando las altas tasas de divorcio, una menor frecuencia de lazos matrimoniales, la existencia de familias multiparentales que impone nuevos códigos y sistema de relaciones, donde ya no son mamá y papá solamente, sino padrastro, madrastra, hijos e hijas de estos, quienes matizan las nuevas relaciones de la familia en general, unido, a los clásicos conflictos de la pareja, como los celos, la infidelidad, y nuevas situaciones, como el temor a la intimidad emocional.

También las diferentes configuraciones de vivir las parejas y las familias como personas que se unen de diferentes países, culturas, edades, color de la piel, estatus social y económico, hasta parejas que rompen la heteronormativa. Esto es real, pero no se puede a su vez negar que la mayoría de nosotros y nosotras, continuamos viviendo con intensidad la necesidad del otro, de vivir en pareja, por lo cual es un proyecto que según mi opinión y la de un grupo de especialistas, está cambiando, que impone nuevos códigos, valores, pero que no va a desaparecer, sino que se encuentra sujeto a modificaciones (Torres, 2007).

El ideal de los tiempos modernos en la constitución de una pareja “hasta que la muerte nos separe” y el mito de la “media naranja” ha cambiado dando lugar a una visión más realista del futuro del vínculo, y se ha convertido en un vínculo consensuado por un tiempo indeterminado entre dos personas que buscan relaciones sexuales en un marco afectivo de intimidad y compañerismo. Pero la objetividad, no debe matar las ilusiones, no limitar nuestros proyectos como pareja, a un “tiempo”, pues esto puede ser un peligro que marca la relación.

Otro factor a tener en cuenta es que las personas quieren “ser felices” aquí y ahora, y no se espera, lo cual provoca muchas veces que las parejas se separen, no siendo siempre el momento adecuado de la ruptura, sino que todavía podría resolverse conflictos y aspectos disarmónicos. Sin embargo, la tendencia a resolver la situación lo más rápido posible, hace que no se marque un compás de espera, ni se desarrollen estrategias para mejorar la relación. A esto la autora lo denomina relaciones de “banda ancha” como el término usado en los medios digitales, lo que se traduce en:

- Tendencia a cambiar rápidamente de pareja cuando se termina una relación.
- Si la relación no resulta satisfactoria en los primeros momentos se cambia por otra.
- Se tiene el concepto de que no se “repara nada”, se busca una nueva pareja, antes que tratar de arreglar conflictos, incomprensiones.

Además, hasta hace muy poco el propósito de una pareja era unirse por amor con el fin de procrear y educar a los hijos, ahora el intercambio afectivo y

la satisfacción sexual constituye el objetivo de la pareja contemporánea. La felicidad se busca en la pareja y está centrada en la vida de esta.

Muchas personas toleran la pérdida de la pasión y encuentran en la ternura y en la compañía suficiente justificación para continuar juntos. Para otras, cuando termina la pasión, termina la pareja. La valoración que tiene nuestro momento histórico de la sexualidad hace que el deseo erótico, el componente pasional como signos de la felicidad y el disfrute en el vínculo de la pareja, tenga una importancia desconocida en otras épocas.

Anteriormente, el sujeto sacrificaba su felicidad por la continuidad de la relación, mientras que cualquier pareja actual tiene la convicción de que los vínculos son disolubles. Si pensamos en el divorcio como enemigo de la pareja, solo vemos un lado de la situación, pues muchas veces es una institución que termina estimulando nuevas uniones. Si bien la sociedad actual apoya la estabilidad, también estimula el cambio de pareja cuando la actual es fuente de displacer, de infelicidad. Se privilegia la felicidad individual a la permanencia del vínculo.

Ahora, esta es la realidad, pero hay que tener en cuenta que todavía siguen influyendo los valores y juicios de lo que se esperaba fuera una buena pareja, por lo que en muchos casos hay contradicciones y un enfrentamiento de nuevos juicios morales y valores con los ya existentes.

Así, siguen influyendo fenómenos como los celos, que matizan de forma tan negativa la relación, marcando inseguridad, desconfianza y minando, por lo general, la base de la relación. Otro aspecto que cobra importancia en la actualidad es el tema de la infidelidad, tan antiguo como el propio desarrollo de la civilización y que ha sido objeto de diversas interpretaciones, según la época, cultura o sociedad. Sin embargo, socialmente ha perdurado de manera general una mayor aceptación y tolerancia de la infidelidad masculina, percibiéndolo como "algo normal" y como espacio de reafirmación de la masculinidad. Por su parte, las mujeres no han sido tan favorecidas siendo valoradas con discriminación con respecto a lo realizado por los hombres. Lo que es evidente es que provoca en las parejas huellas y daños, en los cuales deben trabajar muy unidos para solucionarlos.

La Revolución Sexual de los años sesenta posibilitó libertad para hablar de la sexualidad, de que se desarrollaran a partir de ese momento una amplia y variada proliferación de estos temas convirtiéndose en algo que ya nos resulta bastante cotidiano, ver a especialistas comentar en los medios de difusión masiva sobre diferentes aspectos de la sexualidad y la vida en pareja y una divulgación de literatura diversa sobre el tema, pero esto no ha resuelto la situación, a pesar que se han conquistado espacios para reivindicar la posibilidad de abordar estos temas.

Todo ello ha influido en el desarrollo de una mayor flexibilidad en las normas relacionadas con la vida en pareja, asociado a las relaciones prematrimoniales, el intercambio de parejas, el rescate del derecho al placer sexual de la mujer, rompiendo, además, valores antes institucionalizados como la virginidad, lo cual promueve a que se siga poniendo en entredicho la necesidad de continuar la existencia de la pareja.

Otro elemento de crucial importancia es que cada día van desapareciendo más los límites rígidos entre los roles de género, por lo que ya se han ido flexibilizando los conceptos de lo que es privativo del espacio masculino, a lo que es del femenino, al lograr la mujer ser cada vez más independiente

desde el punto de vista económico y social, y liderar también en el espacio externo, además del clásico y privativo del hogar. Debido a ello las parejas actuales rompen los cánones convencionales y muchas féminas se convierten en el soporte económico fundamental de las familias y a veces hasta el único, ocupando posiciones de liderazgo en el espacio profesional y social, rompiendo con lo esperado tradicionalmente, con aquello de que “una mujer busca pareja y matrimonio buscando estabilidad y seguridad”.

También encontramos aspectos que lejos de favorecer vínculos afectivos estables inciden de manera negativa como la sobrevaloración para la selección de las parejas de atributos físicos y económicos, por encima de los espirituales, que no se corresponden con lo que aspiramos sea la pareja de hoy. En investigaciones realizadas se ha encontrado que en nuestro país un grupo importante de jóvenes y adolescentes dicen afrontar en su vida amorosa un debilitamiento de ciertos valores con respecto a la misma, lo cual se evidencia —según ellos— en la proliferación de la promiscuidad, el cambio frecuente de pareja y la intensificación de la infidelidad.

Otro de los problemas, que de modo general señalan, es la vivencia de insatisfacción con las relaciones amorosas, como una “crisis” afectiva ante la insuficiencia de amor, estabilidad y felicidad en el seno de la pareja y la tendencia a relaciones sexuales superficiales desprovistas de afecto. Los sujetos asocian estos aspectos a la inmadurez para afrontar la relación producto de una educación insuficiente para la vida en pareja.

Responsables de muchas de estas dificultades somos nosotros los adultos, que desde el marco del hogar tenemos la responsabilidad de enseñar formas sanas y placenteras de la vida en pareja, y no dejar solo a las instituciones educativas y de salud, esta tarea.

El miedo a la intimidad emocional, al compromiso, lucha contra la necesidad de seguridad y afectividad, que no se ha dejado de desear en su mayoría. Y es que en la actualidad existe una tendencia a sentir temor a mostrarnos tal como somos ante nuestra pareja y desarrollar la necesidad de construirnos una coraza de afectos en la relación, que logre defender nuestra individualidad. Esto se manifiesta en el miedo a sentirnos vulnerables ante el amor, a ser felices, a entregarnos por temor a la frustración, se ama con reservas, por pedazos.

A partir de todos estos factores que vienen desde el campo de lo interno y externo en el mundo de la pareja, hay un grupo de investigadores que plantean que está regresando una etapa en que se está volviendo a valorizar la pareja y una nueva monogamia, como una forma de enfrentar las profundas contradicciones y peligros de una relación sin un vínculo afectivo y sexual estable y seguro. Entre ellos, se encuentran autores como Lourdes Fernández, quienes defienden la hipótesis de que

Debilitados los resortes externos del vínculo amoroso (presiones económicas, sociales, jurídicas, religiosas, la censura férrea del divorcio, de la concepción y la sexualidad prematrimonial entre otros), unido al cambio de valores con respecto al matrimonio, la vida en pareja y la familia, emerge el amor y la intimidad psicológica, como única condición para la durabilidad auténtica de la pareja, que hoy solo puede decidirse desde su interior.

En mi criterio tendrá que aparecer una pareja más flexible, que comparta espacios comunes en lo privado sin tantos esquematismos en los roles y que se

luce por lograr una intimidad que favorezca el desarrollo de los dos miembros de la pareja, sin detrimento a la individualidad, donde los valores de amor, afecto y placer prevalezcan al compromiso, donde la sinceridad sea un arma crucial en esta cruzada.

Tenemos que trabajar como especialistas para ayudar a enseñar a vivir en pareja, en busca de una mejor comunicación, de disfrute no solo en el campo de lo erótico sexual (por supuesto, muy importante), sino además en el ámbito de lo afectivo, de rescatar el valor de lo íntimo, de fortalecer la pareja en su propia consistencia interna.

Todo esto hace que los estudiosos de estos temas, coloquen la mirada con mayor detenimiento en el proceso intersubjetivo que discurre a lo interno de la pareja, en la participación de las subjetividades individuales en la configuración de esta, así como en las particularidades subjetivas que subyacen al comportamiento amoroso.

La importancia de la educación para la vida en pareja, resulta evidente no solo por su repercusión individual, familiar y social, sino además por la exigencia que, en lo psicológico, presenta el vínculo en nuestros días si queremos que sobreviva en su sentido enriquecedor y de real autenticidad.

Por todo lo anterior, creo que en estos momentos la pareja sufre cambios drásticos, y que una de nuestras misiones es ayudar a entender las transformaciones y transiciones.

Disfunciones sexuales

DISFUNCIONES SEXUALES	
EN HOMBRES	EN MUJERES
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción erectil • Eyaculación precoz • Eyaculación retardada • Insensibilidad orgásmica • Dispareunia 	<ul style="list-style-type: none"> • Anosgarmia • Insensibilidad orgásmica • Vaginismo • Dispareunia

Otro campo importante a adentrarnos es el de las disfunciones o trastornos sexuales, en cuanto al término **Disfunción** (compuesto por *dis*, que significa oposición, contrariedad o separación y por *función*, que se entiende por ejercicio de un órgano vivo, máquina o instrumento). Esa palabra expresa que algo no funciona o funciona mal. Desde esta definición, ya se observa una concepción patologista, basada en los aspectos biológicos solamente.

Por tanto, hablar en sexualidad de Disfunción, nos lleva a pensar en un mal funcionamiento o un funcionamiento inadecuado de la sexualidad de una persona.

Se define las disfunciones sexuales como: “Síndromes recurrentes en la vida sexual de un individuo, que producen molestias, tanto a él como a su pareja, y que se manifiestan no solo en los aspectos fisiológicos de la respuesta sexual, sino en toda la personalidad del sujeto y su esfera de relaciones” (Torres, 2008).

La elaboración del edificio teórico que define lo que es la sexualidad y sus disfunciones, debe tener en cuenta, tanto los aspectos biológicos que en ellas interactúan como en su base psicosocial; es decir, la personalidad del sujeto, para después desarrollar estrategias terapéuticas consecuentes con esas posiciones. Y es que el estudio de la sexualidad ha presentado hasta ahora dos

problemas fundamentales: en primer lugar, está el hecho de que el concepto sexualidad es una abstracción, lo que posibilita múltiples formas de ser conceptualizada. En segundo lugar, la atomización del conocimiento que de ella se posee, de ahí la necesidad de una formulación integral y sistemática.

Semejante forma de concebir las disfunciones sexuales permite valorarlas en toda su complejidad, no esquematizando su repercusión biológica, sino teniendo en cuenta también que las disfunciones sexuales están integradas por aspectos psicológicos, sociales y biológicos, cada uno de los cuales requieren formas específicas de intervención, interrelacionadas. Sin embargo, la autora de esta investigación basa especialmente su terapia, en la reestructuración de los factores psicológicos y sociales.

Ahora, la dimensión subjetiva entra en el mundo de la sexualidad no solo en el estudio y tratamiento de los trastornos, sino en la propia interpretación de cómo nos construimos y desarrollamos como sujetos sexuados.

En el caso de las disfunciones sexuales, muchas son de causa psicógenas y decimos, predominantemente, pues nunca hay que descartar el valor de lo orgánico; aunque en el caso que nos ocupa, impere lo psicógeno, dado en creencias, mitos, ideas irracionales, como es el típico caso en nuestra cultura del valor que se le da en el hombre a la erección. O sea, siempre tener un pene listo y erecto es un mandato tradicional, que lleva a los hombres a estar muy centrados en su rendimiento y por esta preocupación de “quedar bien”, “mostrar que son viriles y que no deben fallar”, se distraen del estímulo erótico y pierden la erección, lo que provoca angustias y pueden caer en el llamado “círculo del disfuncional”, donde cada vez que tienen un encuentro sexual van preocupados y hasta se produce un monólogo con su pene “pórtense bien, no me hagan quedar mal” y esta preocupación los lleva a fallar.

También, tanto para hombres como para mujeres en nuestro país, lo que se relaciona con las estadísticas internacionales, la disfunción que más prevalece es la relacionada con los trastornos del deseo, en particular, la disminución de estos, vinculada con el estrés de la vida cotidiana, los problemas de comunicación, el poco tiempo que se le dedica a la pareja y al disfrute de la sexualidad, entre las causas principales.

Por ello, al preparar este artículo, estamos abordando diferentes aspectos que en el campo de trabajo del psicólogo se han vuelto cotidianos en el manejo de la sexualidad, unos, desde el enfoque clínico más tradicional en el tratamiento de las disfunciones sexuales, pero con necesidad de actualizar sus enfoques, y otros, tan actuales como el impacto de las Enfermedades Crónicas (EC) no transmisibles.

Las EC se consideran un tema sanitario de primer orden, porque pueden producir un deterioro potencial de la calidad de vida y del estado general de salud. Es evidente que los pacientes con EC sufren varios cambios físicos y psíquicos durante el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, que afectan directamente la salud sexual del individuo.

Los cambios físicos se relacionan con las alteraciones orgánicas producidas por las alteraciones biológicas y con la repercusión que sobre la esfera sexual pueden tener diferentes enfermedades asociadas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, entre otras. Los cambios psíquicos se corresponden con el impacto emocional en el paciente y su familia al diagnosticar la EC, y están dados, entre otros, por el estrés, la depresión, la ansiedad y los sentimientos de culpa e inseguridad que

sufren estos pacientes, lo que los llevan a cambiar patrones de comportamiento, estilos de vida y procesos de construcción en su nueva identidad, ahora como enfermos crónicos (Torres & Alfonso, 2014).

El impacto de estas EC en la sexualidad y en la vida en pareja, es un hecho probado, pero del cual se produce un silencio al respecto por los equipos de salud que lo tratan, al no estar capacitados para la indagación y el tratamiento de los mismos, ni incluir en la mayoría de los casos un especialista que cuente con la preparación para ello; de ahí que los malestares sexuales y de la vida en pareja, así como las disfunciones sexuales tiene alta frecuencia en los pacientes con EC.

En el caso de las féminas, esta situación se agudiza, pues, en sentido general, la sexualidad femenina es muy poco tratada y en las mujeres con EC, aún más, por lo que se plantea que es un tema altamente silenciado (Beatriz & Alfonso, 2017).

Las parafilias

Otro campo a tratar en la Sexología Clínica son las denominadas parafilias, que, aunque son menos frecuentes en la población y piden muy pocas veces ayudan, son necesarias tener en cuenta para orientarnos como pareja y personas de si algo no está funcionando bien.

Se refiere a un porcentaje nada desdeñable de la población cuya atracción erótica viene proporcionada por objetos no humanos, sufrimiento o humillación, y niños o personas que no consienten. En suma, un grupo de actividades sexuales poco comunes, que algunas personas necesitan para excitarse y gozar de forma única.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (abreviado DSM, por sus siglas en inglés) explica:

- La característica esencial de la parafilia (Criterio A) es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, e impulsos o comportamientos sexuales que, por lo general, engloban: objetos no humanos, sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja, o niños u otras personas que no consientan y que se presentan por un periodo al menos de seis meses.
- El Criterio B es que esos impulsos, comportamientos y fantasías deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Las parafilias eran antiguamente denominadas perversiones, aberraciones, desviaciones sexuales. El término parafilia lo introduce Stekel en 1914, lo populariza Money y tiene una gran aceptación entre los sexólogos porque ha venido a humanizar la situación de estos enfermos, al no tener un sentido valorativo según refiere el Dr. Francisco Cabello, experto sexólogo español (Cabello, 2010).

Diagnóstico

Las alteraciones deben persistir por al menos seis meses, sin que existan condiciones excepcionalmente difíciles que la justifiquen (régimen penitenciario), ni aparecen exclusivamente durante el curso de otro trastorno (psiquiátrico o neurológico).

Estas alteraciones producen malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para el individuo².

Clasificación

Los tipos principales según el DSM son:

- **EXHIBICIONISMO:** placer sexual al mostrar los genitales.
- **PEDOFILIA:** atracción sexual por niñas, niños, o ambos.
- **VOYERISMO:** placer sexual al observar ocultamente, a personas desnudas, semidesnudas o en actividad sexual.
- **FROTEURISMO:** placer sexual a través del roce a otras personas sin su consentimiento.
- **FETICHISMO:** placer sexual provocado por objetos no animados (fetiches), los más usados son: blúmenes, ajustadores, medias, zapatos, botas u otras prendas de vestir.
- **FETICHISMO TRAVESTISTA:** placer sexual al vestirse con ropas del otro sexo, generalmente son hombres heterosexuales.
- **SADISMO SEXUAL:** placer sexual mediante la provocación de dolor generalmente físico.
- **MASOQUISMO SEXUAL:** placer sexual mediante la obtención de dolor generalmente físico.

Con relación a la epidemiología no existen datos epidemiológicos para la población general, entre otras causas, no solo porque impresiona que no son tan frecuentes, sino también por el hecho que la mayoría de las personas que piden ayuda por estas causas son presionadas por la familias o sometidas a procesos judiciales, lo que quedaría un por ciento que las padece sin orientación y tratamiento, a criterio de la autora muchas veces por vergüenza, culpa de sus comportamientos o porque al ser la fuente de su placer aunque les produzcan malestares, no piden ayuda.

Otro elemento a tener en cuenta es que en la actualidad la mayoría de estas personas exhiben más de una parafilia. Con relación a su etiología, no existen datos científicamente avalados, puede considerarse multifactorial con la participación de factores biológicos y psicosociales.

De los factores psicosociales, a criterio de la autora de este artículo, los más acertados son los que explican la formación de parafilias a través de aprendizajes inadecuados y aprendizajes por imitación, muchas veces de los adultos que lo rodean. Se describen factores de riesgo para las parafilias, como son durante la infancia el maltrato físico, el maltrato emocional, el abuso sexual y el desarrollo del individuo en ambientes sexuales inadecuados.

Los programas de educación sexual deben promover el diálogo abierto y franco en materia de sexualidad entre los miembros de la familia; educar a los adolescentes y jóvenes bajo las premisas de la libertad con responsabilidad. De ser así, al aparecer el trastorno, se alcanzará más rápido la concienciación del mismo y se dispondrá de la red de apoyo necesaria para buscar ayuda profesional.

Desarrollo histórico de los estudios e investigaciones de sexualidad

La sexualidad es un tema recurrente que genera muchas inquietudes y muchas han sido las interpretaciones de la sexualidad en el transcurso de la historia, no

obstante, para la mayoría de las personas el sexo y el amor entre dos personas son mágicos y misteriosos, un motor compulsivo de deseo y a veces una emoción incontrolable.

Al estudiar los diferentes enfoques en su estudio se observa la diferencia entre el mundo oriental y el occidental.

En el occidente se encuentran: Ivan Bloch: *Manual de sexología (estudio sobre el Marqués de Sades. Anomalías sexuales)*, 1906; Krafft Ebbing: *Psicopatología sexual. (desviaciones sexuales)*, 1886; H. Hellis: Padre de la investigación sexológica. Estudios desde la antropología a la clínica. Estudios de la psicología del sexo; otros investigadores: Kinsey, Master y Jonhson, Helen Kaplan, Lopicollo, Bancroft, John Money.

Estos estudiosos y otros de diferentes épocas en el mundo occidental se adentraron en estudio de la sexualidad a través de las patologías y trastornos dando poco espacio para el conocimiento e investigación a lo que pudiera llamarse la normalidad en sexualidad y a su vez, los malestares que de ellas pueden derivarse y que no constituyen trastornos, pero sí afectan la vivencias de disfrute y placer, y por lo tanto, el bienestar y felicidad que se supone aporte el amor, la sexualidad y la vida en pareja.

Mientras que, por el contrario, en el mundo oriental se profundizó en las formas de lograr placer, incentivar el erotismo; y así tenemos ejemplos como en la India, el *Kamasutra*, donde se instruye a los amantes a disfrutar de forma plena y diversa la sexualidad, aunque no hay que perder la perspectiva que por la época y cultura era más bien centrada en el disfrute de los hombres y en las mujeres la capacidad de provocar este (Vatsayana, 1988).

Concepto evolutivo de la sexualidad

Es necesario partir de que somos seres sexuados e independientemente de la edad, los humanos sentimos y expresamos la sexualidad, pero existen diferencias a lo largo del ciclo vital cuyo conocimiento es en especial importante manejar para saber cómo intervenir desde el punto de vista de la educación y la salud.

Una de las etapas donde existen pocos estudios es la etapa infantil y algunos carecen de una buena metodología, pero lo que no se puede dudar es que tienen sexualidad, aunque diferente a la de los adultos, de aquí la necesidad de profundizar en las características de sus diferentes momentos.

Alunas de las características de cada una de estas etapas las veremos a continuación:

Etapa prenatal:

- Existen manifestaciones genitales propias de la activación sexual, lo que indica que la respuesta sexual es funcional desde la vida intrauterina, aunque sea de forma refleja. Algunos investigadores refieren masturbaciones a las 32 semanas de gestación.

Después del parto:

- Se observan erecciones cloróticas y peneanas.
- Durante la lactancia, el baño y demás cuidados, los bebés experimentan sensaciones placenteras observables a través de la respuesta genital. Más tarde comienzan a frotar sus genitales mientras adoptan expresiones de placer y movimientos de caderas similares a los comportamientos de monta de otros mamíferos.

Es importante tener en cuenta que el contacto con los padres será determinante en el desarrollo del bebé, tal como se ha demostrado la importancia de las caricias y contacto en el desarrollo psicológico y la importancia de los estilos de apego en las futuras relaciones, incluyendo las de pareja.

Dos a cinco años:

- Dos años, experimentan una intensa curiosidad por los genitales y probablemente asocian el contacto genital con el placer.
- Tres años, pueden mostrar erecciones y llamar la atención de los padres por ello. Educar a los padres a nombrar esta zona del cuerpo correctamente.
- Cuatro años, curiosidad por los aspectos reproductivos: ¿de dónde viene los niños?
- Cinco años, curiosidad por las manifestaciones sexuales de los adultos.

Seis a diez años:

- Seis a ocho años: Conocen las diferencias entre los genitales de ambos sexos. Aparece el pudor, el juego entre los niños de "los médicos". Se pueden tener conductas exploratorias, tanto con niños del mismo o diferente sexo, solo son juegos sin la interpretación lujuriosa de los adultos, por lo que no se deben recriminar.
- Muchas veces estos juegos dan la continuación a las prácticas masturbatorias.
- Las conductas sexuales de los niños y niñas no pueden tener el mismo significado que para los adultos y lo que pudiera parecer erotismo, en ocasiones, solo será imitación o curiosidad acerca de los genitales.
- No hay ninguna duda que los niños tienen capacidad de sentir placer sexual, tienen intereses sexuales y llevan a cabo conductas sexuales, pero insistir que son diferentes a la de los adultos.

A partir de los diez años ya se presentan prácticas masturbatorias, a partir de los juegos o por propia intuición.

Lo más importante en el estudio siempre difícil de la sexualidad infantil radica en la importancia que puede tener para la sexualidad futura. Así cuando un niño, por ejemplo, se abraza a su madre es una mezcla de goce y seguridad que permitirá estructurar el modelo de apego y, por ende, los vínculos futuros, así como la capacidad erótica y como se ha puesto de manifiesto por diferentes investigadores, la sexualidad y, en especial, la forma de vincularse con la pareja variará en grado importante dependiendo si el niño desarrolló un estilo de apego seguro, evitativo o ansioso ambivalente.

Según lo estudiosos de la teoría de apego, en el tercer cuatrimestre del primer año el niño se vincula a la figura de apego para mantener un grado de proximidad que le permita tener sensación de seguridad. Así, el apego está formado por cuatro componentes: búsqueda de proximidad, protesta por la separación, base de seguridad (en contacto con la figura de apego el niño explora e interactúa con el medio) y puerto de refugio (acude cuando esta triste o en situación de peligro), que, según sean manejados, dan lugar a uno de los siguientes tipos de apego (Cabello, 2010):

- **APEGO SEGURO:** Se caracteriza porque en presencia de la figura de apego exploran el medio. En su ausencia, la exploración decae y se angustian.

Cuando la madre vuelve los niños recuperan la alegría y recuperan la exploración. Se plantea que estos niños(as) al llegar a la adultez viven las relaciones afectivas con alegría y emociones positivas, confían en el otro, tienen un más alto nivel de deseo sexual y aceptan mejor los defectos de la pareja. Supone entre 65 % y 70 % de los niños.

- **APEGO ANSIOSO-AMBIVALENTE:** La exploración del entorno en presencia de la figura de apego es escasa. Cuando la madre se va la angustia por la separación es muy intensa y al volver reaccionan con intensa alegría o siguen mostrando enfado (ambivalencia). Son los niños que no quieren separarse de la madre y están apegados a ella. De adultos son muy celosos, no resisten la soledad y suelen tener poco deseo sexual junto a una sexualidad complaciente por mantener a la pareja, no por satisfacción personal. Supone entre 10-15% de los niños(as).
- **APEGO EVITATIVO:** Manifiestan escasa ansiedad ante la separación y evitan el contacto cuando la figura de apego vuelve. Tienen pobres respuestas afectivas y con los extraños no manifiestan ansiedad. De mayores tienen dificultades para intimar, no se atreven a depender de nadie y son muy reacios a cuidar a la pareja, tiene deseos sexuales cuando no tienen que intimar con la pareja. Lo componen 20 % de los niños(as).

Estas investigaciones nos dan pistas sobre la importancia de los lazos afectivos en la infancia y, por supuesto, el impacto en la sexualidad y la vida en pareja de adultos, aunque tampoco se debe ser absolutos respecto a esta, pues estos estudios muestran tendencias, que después el desarrollo del individuo y el intercambio con otras figuras afectivas, pueden provocar cambios, pero la importancia del apego en la infancia es incuestionable.

Pubertad y adolescencia

La sexualidad como se describió con anterioridad se manifiesta de formas distintas durante la infancia, se expresa de forma abrupta durante la pubertad. Es la etapa más crítica en cuanto a cambios de todo tipo, los adolescentes adquieren cuerpos distintos, piensan, actúan de forma diferente y le dan gran importancia a la opinión de sus coetáneos.

Aparecen los caracteres secundarios sexuales como el vello púbico, el crecimiento de las mamas y el pene, pero no en todos los adolescentes al mismo ritmo, por eso es muy frecuente las comparaciones y las burlas, ya que unos logran un desarrollo sexual más precoz que otros.

Aunque en las otras etapas de la vida se dan características, para jóvenes, personas de la edad mediana y la tercera edad, es a nuestro juicio la edad mediana la más silenciada y con más prejuicios, en especial, con relación a la menopausia en las mujeres que se vive el mito de que al dejar la posibilidad de procreación se pierde la femineidad, al considerarse el binomio madre-mujer en nuestra cultura como el atributo más importante en las mujeres, sobredimensionando este elemento sobre los otros, lo cual no es adecuado .

Con relación a la sexualidad en el proceso de envejecimiento, también hay que aclarar que no se pierde, solo cambia por las propias características de la etapa. De aquí que tenemos que ser cuidadosos al no repetir ideas inadecuadas como “ya ellos no están para eso” o “su tiempo pasó”, o pensar que las personas mayores no son sexualmente deseables, no tienen deseos o no poseen capacidades sexuales.

Así, en cada etapa de la vida, la sexualidad presenta cambios y manifestaciones. Todos estos elementos hay que tenerlos en cuenta para valorar si una persona posee una salud sexual adecuada, pero lo más significativo es recordar que nacemos y morimos sexuados y que tenemos la responsabilidad y el derecho de vivir la sexualidad con placer y satisfacción.

Salud Sexual

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social.

No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés) reconoce que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas (OMS, 2002).

A su vez, en el documento "Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico" (WAS, 2008), se conceptualiza a la salud sexual como multidimensional y se identifica y examinan específicamente ocho metas concretas que en conjunto comprenden un enfoque integrado e integral de promoción de la salud sexual:

- Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos; avanzar hacia la igualdad y la equidad de género.
- Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad.
- Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad.
- Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual.
- Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.
- Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total.

A su vez, los ámbitos de intervención para lograr la salud sexual son a través de:

- La educación sexual (evaluación de necesidades educativas a través del ciclo vital, intervenciones educativas desde la escuela y para la comunidad, capacitación a docentes).

- La salud sexual: diagnóstico del estado de salud sexual y reproductiva a través del ciclo vital, organizar servicios integrales, capacitación de recursos humanos, supervisión de programas manteniendo una perspectiva de género y vigilancia de la homofobia, transfobia y bifobia.
- Para preservar o lograr la salud sexual, hay que llegar muchas veces al otro pilar, la Sexología Clínica.

Tanto las metas como los ámbitos de intervención para lograr una salud sexual satisfactoria son de necesidad de conocimiento de todas las personas, instituciones y especialistas de diferentes ámbitos que contribuyen al desarrollo de esta.

Freud en La Habana

APUNTES SOBRE LA SEXUALIDAD DEL CUBANO DE LOS 80

Manuel Calviño

Si Freud hubiera vivido en Cuba por estos tiempos, una gran dificultad teórica absorbería todo su pensamiento hasta llevarlo quizás a la neurosis: su hipótesis de la sexualidad como motivo basal de todo comportamiento humano que cristaliza en el Complejo de Edipo, sexualidad que resulta ser el instituyente fundamental de todo el aparato psíquico, encontraría tantas razones de confirmación como de descrédito. Y es que el genial creador del Psicoanálisis, pilar fundamental de una buena parte de la cultura occidental del siglo xx, identificó rasgos de la sexualidad tomando como base el comportamiento sexual del europeo (sobre todo del austríaco, germano, y bastante menos del anglosajón), cargó con la experiencia sexológica de su educación judaica, supo imponerse al puritanismo hipócrita de la decadente aristocracia de su época, él mismo fue hombre, cuerpo sexuado. Pero lo que nunca pudo hacer Sigmund Freud fue precisamente andar por las calles de La Habana, conocer, mejor aún, vivir de cerca la sexualidad del cubano.

Intentemos imaginar que aquel viaje que hizo Freud entre agosto y septiembre de 1909, a los Estados Unidos de América, acompañado de dos colegas y discípulos, Sandor Ferenczi y Carl Jung, a bordo del transatlántico alemán *George Washington*, se hubiera realizado con una escala de tránsito de apenas 24 horas en La Habana, unos 85 años después. Imaginemos entonces al padre del psicoanálisis sentado en el muro del Malecón, con sus compañeros, intentado psicoanalizar al cubano.



Agosto es un mes caluroso en Cuba, como casi todos los meses. Pero La Habana tiene un "aire acondicionado" natural: El Malecón. Una joven de tez trigueña avanza de oriente a occidente iluminada por un sol que, ruborizado ante tanta belleza, multiplica sus rayos. Su contoneo no necesita acompañamiento musical. Es un baile *a cappella*. Desde muy niña fue enseñada a caminar así: *Camina con gracia mi'jita. Muévelo todo que pa'eso Dios te lo dio*. Su cuerpo ha sido moldeado por una cultura que valoriza las zonas erógenas tanto o más que las pensantes, que concede a la geografía física un lenguaje superior al de las palabras. *iMami, qué cosa es eso!* —se le

escucha decir a un hombre que mira a la joven y llevándose la mano a la frente se queja—. *Esto es un dolor.*

El médico vienés, profundo conocedor y analista de la mente histórica, intenta una lectura psicopatológica que encuentra una relativa aceptación en sus acompañantes. En realidad, su marco conceptual solo le permite una interpretación un tanto arcaica, prejuiciada, sobre todo descontextualizada, que dista de representar la realidad subjetiva y comportamental de la sexualidad de la mujer cubana. La de aquí no es la mujer europea y mucho menos la histórica de sus interesantes estudios de finales del siglo pasado.

El ser sexuado de la mujer cubana tiene su especificidad nacional, es también un rasgo distintivo de su identidad. Una sexualidad extrovertida, que no tiene reparos en mostrar, en descubrirse auténticamente, en sentir de manera activa y no solo como reacción a la solicitud del hombre. Ella quiere gustarle a un *Él*, pero también quiere gustarse a sí misma, sentirse hermosa, atractiva, sensual. Nada de lo que lleva consigo es una casualidad. Todo ha sido puesto con alguna intención. No solo muestra su cuerpo. Hace ostentación de él. Quizás por esto cree demasiado en los *dones naturales* y en ocasiones, *confunde los instrumentos con la música.*

La muchacha ha venido a sentarse justamente a muy poca distancia del lugar escogido como observatorio por los científicos. Ella se sabe observada y esto le es como un reto para pavonearse aún más. Con cada gesto, con cada movimiento de los brazos parece estar diciendo: *Yo soy la Mejor de todas.* La mujer cubana se reconoce como una mujer de gran atractivo no solo físico, sino también actitudinal. Si el Dr. Freud hubiera intentado un experimento de asociación libre, se hubiera sonrojado de pies a cabeza: “Mujer... Hombre”; “Sexo... Inagotable”; “Cubana... Fogosa”; “Amor... Libre”; “Deseo... Insaciable”.

El cubano es depositario de una representación social (no solo nacional, sino de alcance internacional) en la que aparece como gran artífice del amor, de una fogosidad lujuriosa, especialista en contiendas sexuales: *Eso sí es una hembra, Eso sí es un macho.* Si lo es o no, no es tan fundamental. El asunto es sobre todo cuánto se lo crea, y más aún, cuánto logra hacérselo creer a todo el mundo. En un radio portátil se escucha el estribillo de una canción: *Sandunguera..., tú te vas por encima del nivel...* En otro receptor un poco más allá se escucha: *Tú eres más rollo que película.*

Lo que tiene desconcertado al descubridor de la mente inconsciente, es la casi total ausencia de represión en el comportamiento sexual del cubano. La libido se desborda en cualquier ámbito sin la más mínima angustia. El cubano vive abiertamente su sexualidad, su sexualidad es también su modo de vivir. Quedaron atrás los tiempos de los convencionalismos tributarios de profundas diferencias sociales y económicas. Quedaron atrás los tiempos dominados por la discriminación sexual, racial, social. Los de hoy, son tiempos de libre expresión de la sexualidad, no carentes de prejuicios sexistas ni del juego del doble sentido, de la doble moral, pero marcados sobre todo por la libertad del cuerpo, por el placer como opción y decisión personal.

Un hombre de unos 25 años avanza hasta el lugar donde está sentada la trigueña. Jung, de vocación más experimental, le hace una seña a Freud: *Observe, maestro* —le dice el suizo al austríaco— *la lucha por la conquista está por comenzar.* El joven moreno baja el volumen de una inmensa y pesada radio grabadora que trae en su mano derecha y le dice a la joven: *¡Oye mami, estás... más dura que la situación!* Ella con una sonrisa socarrona le riposta: *Si mi papi*

te sorprende en ese chistecito conmigo, te va a dejar como un restaurante en moneda nacional: No vas a servir para nada.

Los científicos comienzan un arduo debate interpretativo. Ferenczi no tiene la más mínima duda. Para él, se trata de una agresión política que se aprovecha del lenguaje del sexo para vencer las limitaciones del Super-Yo totémico. Jung, por su parte, apuesta a una manifestación arquetípica como aquella del hijo amante de Cibeles, o el Dios (héroe que domina, que castiga y salva). El Maestro, que se ha mantenido silencioso, sentencia convencido: *No hay duda posible. Estamos ante El Drama Edípico.*

En la nomenclatura erótica cubana, "mi papi", "mamacita" y cualquier otro tipo de referencia a las figuras parentales, goza de una frecuencia de aparición sencillamente abrumadora. ¿Simbología Edípica? ¿Reminiscencia infantil regresiva en el comportamiento sexual del cubano? La explicación parece en extremo azarosa y, sin duda alguna, superficial. El sexo, la sexualidad, es uno de los hilos conductores de los vínculos parentales en el modelo familiar del cubano y, por ende, de la extensión que de dicho modelo se hace a todo el sistema de relaciones interpersonales. El padre es padre en tanto hombre y su condición de hombre es la que da sentido a su paternidad. Lo mismo ocurre, aunque quizás en menor medida, con la mujer. La familia cubana, ampliada hoy por las múltiples reestructuraciones de pareja, por las distancias geográficas de sus miembros, por las interconexiones de raza, e incluso, de nacionalidades, marca profundamente la subjetividad de sus miembros por los roles de sexo. No importa cuánto socialmente se hayan borrado ciertas diferencias o cuánto una más justa distribución de las tareas se ha logrado al interno del funcionamiento familiar, *Papi* es hombre, y *Mami* es mujer. El papi y la mami del discurso simbólico de la sexualidad es familiaridad, intimidad cuasiparental con el sujeto de la relación de pareja, es fidelidad y respeto al ser amado, es cariño tierno y candoroso, como el de los niños. Sentimentalmente, el cubano es un niño en un cuerpo que le queda chico y a la vez lo supera.

De lo que no queda duda es de que, en materia de relaciones sentimentales, el cubano goza de una especial capacidad para la disociación: Afirma con Madonna que *el amor es emoción, y el sexo, acción*, pero atestigua con Sharon Stone que *el sexo es perfecto cuando el cuerpo está supeditado al espíritu*. Al fin y al cabo, repite con Kim Bassinger, que *el erotismo es menos perverso que la hipocresía*.

Las horas han pasado y se profundiza la polémica entre los tres exploradores del alma humana. Jung está a punto de convencerse de que su maestro ha estudiado la sexualidad humana sin conocer una de las claves importantes del Concierto Internacional de Eros. El mismo Freud comienza a reconocer que *aquí hay algo distinto*, que, por el momento, como buen europeo, denomina de "exótico". Una pareja que está muy cerca de ellos, sin el más mínimo recato, aumenta el volumen de su radio y se pone a bailar semifrenéticamente al compás de lo que parece ser la legalización del infanticidio: —*¿Qué te pasa mami? ¿Qué me estás haciendo? Tú me estas matando con tu movimiento*. Y sí; el movimiento de la pareja es "asesino", promotor de ensoñaciones sexuales en vigilia. Freud no puede creer lo que está viendo, pero tampoco puede dejar de verlo. Jung vuelve a la carga y descubre allí las danzas de la fertilidad, de la procreación.

En el pasado de Cuba hay quizás marcas que aún esperan por ser claramente reconocidas. La nacionalidad cubana tiene una fuerte carga de negritud,

ya no solo en la pigmentación de la piel, sino en la sangre, en la sangre de la sociedad: las representaciones compartidas, las creencias, las costumbres. Cuba se erigió sobre la esclavitud. El esclavo fue buscado por su fortaleza, por su resistencia. Así llegamos al negro. Fueron traídos miles de hombres negros cuya única posibilidad de sobrevivencia era su fortaleza, y en esto descansó su noción de virilidad. Muchos hombres fueron traídos, y muy pocas mujeres. Y los miles de hombres negros que llegaron, vinieron con cientos de hombres blancos de España, también sin mujeres. Posiblemente entonces nació una verdadera "obsesión sexual", producida por la falta de mujer, la separación de los sexos. Así, en las escasas ocasiones en que se podía bailar, produciéndose el encuentro físico con el cuerpo deseado, los movimientos del baile se sexualizaron, sublimaron de hermosa manera el eros insatisfecho: *a falta de pan, casabe*. Los bailes se hicieron miméticamente eróticos.

En la sexualidad del cubano de hoy hay bastante de aquella obsesión, que no responde a represiones actuales, sino a históricas, a represiones que dejaron sus marcas en ese "sexualizarlo todo". Es como no perder ni una oportunidad —en el baile, en el chiste, en la simple conversación entre amigos, hasta en el discurso político-simbólico—. No olvidar que, durante los primeros años de la Revolución, al máximo líder del país le decían popularmente *El Caballo*, que además de ser el número uno en la charada, juego de azar que era tremendamente popular en Cuba, es la viva imagen de la virilidad, del dominio y el apetito sexual, *El Machazo*. El mismo Freud identificó con un caballo la imagen pulsional instintiva de la fuerza y energía libidinal del Ello.

Mediodía en La Habana. Se siente mucho más en el desprotegido muro del Malecón. Un nativo, con la misma certeza y seguridad profesional con que lo hiciera el más sabio meteorólogo especializado en predicciones climáticas, afirma: *Este año ha hecho más calor que nunca. Si esto sigue así, no va'aber quien coño lo aguante*. Freud escucha y asiente. Su habitual traje de paño con chaleco se ha convertido en un horno que amenaza con derretirlo. Instintivamente comienza a quitarse un poco de ropa, allí mismo, delante de todo el mundo. Jung y Ferenczi lo miran perplejos, no es un comportamiento para nada habitual en el hijo de Jakob y Amalia. Desvestirse, andar poco vestido, es un claro índice de referente sexual, es una incitación al eros del otro. De pronto Freud, en un claro *insight* contratransferencial grita: *Eureka*, parafraseando al genial Arquímedes: "El clima, el calor, afectan la sexualidad del cubano. El calor afecta la energía, es en realidad una forma de energía que se suma. La energía libidinal se ve aumentada por la calórica".

De lo que no hay duda es de que el calor es una invitación a tener la menor cantidad posible de ropa sobre el cuerpo. *El calor* —dijo un rumbero cubano— es *un aliado de la propaganda sexual*. La sexualidad del cubano, el cubano mismo es muy perceptivo. "Si no veo la mercancía, no hay negocio". La sensorialidad es fuerte en el comportamiento sexual del cubano —el olor, el gusto, y por sobre todas las cosas— la visión. Descubiertos los cuerpos para contrarrestar el castigo del calor, son una invitación perceptible al erotismo cotidiano. *Un buen par de nalgas* —sentenció aquél filósofo rumbero— *son como una tumbadora con el cuero tenso. Parece decirte: ven a tocar la rumba*.

Muy cerca de la joven trigueña pasa otro "pescador de orilla" y se le oye decir: *Que va, yo no quiero ni miral e'to. Me va'dal un infalto. ¡Asesina!* Ahora Freud ha decidido tomar notas. Son demasiadas cosas las que hay que pensar,

demasiadas cosas que no articulan con su modelo teórico, aunque se contenta con la unidad de eros y tanátos, y la argumentación energética libidinal.

Alguien, de repente, golpea el hombro del Maestro. Es su colega suizo que con gran indignación y molestia le dice: *Mire esto Herr Freud. Esto si es algo inesperado.* Dos hombres con evidentes modales femeninos caminan por la acera junto al muro. Se ven contentos. Sin embargo, el genio observador de Freud descubre claramente que cada vez que pasan por delante de alguno de los ocupantes del muro, alguna reacción se produce. Unos miran y sonríen burlonamente. Otros manifiestan una profunda repulsión que no esconden. Los peores pasan directamente a la agresión verbal: *¡Par de maricas! No suelten tantas plumas que me da coriza.*

La sexualidad del cubano es homofóbica. No hace falta ver *Fresa y Chocolate* para saberlo. Es sencillamente evidente. El modo de concebir y de vivir la sexualidad del cubano supone casi directamente, la relación que tiene con (más bien contra) la homosexualidad. Para el cubano la sexualidad solo puede ser "hétero". La "homo" es, en el plano ético una aberración corrupta e inadmisibles, en el plano médico una enfermedad, en el político una desviación del camino correcto, y en el "estrictamente sexológico", un desperdicio.

Los pobres —dijo alguien desde el muro— *no saben lo que se están perdiendo.* Uno de los homosexuales viró la cara y dijo algo, pero el ruido de un Moskvich que pasaba no permitió escuchar.

La homofobia del cubano es casi tan famosa como su fogosidad y como su machismo. *Lo estamos superando*, se escucha decir una y otra vez. Y es cierto. Pero aún está ahí, y con no poca salud. Para Freud no es fácil acertar en su análisis. Demasiados prejuicios personales. Estrechadas también sus hipótesis teóricas sobre el tema. Hay además profundas raíces socioculturales que el modelo pulsional psicopatológico no logra alcanzar.

La joven no se ha limitado a dejarse observar. Ella también ha observado. Ha notado un modo raro de hablar, de vestirse, y está extrañada, casi molesta, porque aquellos hombres no "se meten" con ella. Entonces hace su hipótesis: *Esta gente son de afuera.* Lentamente se acerca al más viejo de los tres, y con ingenuidad infantil le pregunta: —*¿Ustedes son extranjeros?* Freud siente la sangre subir y bajar aceleradamente por todo su cuerpo. ¿Qué le está sucediendo? Qué le puede decir aquella mujer que él no pueda interpretar, que él no pueda comprender. El sol sofoca (¿solo el sol?). Aquella joven es un encanto. Su piel es suave y fina, de un color que recuerda la miel. Sus ojos son redondos y brillantes. Su figura se le impone al vestido y quiere desbordarlo. *¿Será un accidente contratransferencial?*, se pregunta el aludido. En la mente del maestro resuena una frase que parece ser la fractura de un proceso identificatorio que se inicia: *Que va... Esto es mucho para un solo corazón.* Las miradas de todas las personas están sobre él. Escucha sus voces silenciosas que le demandan hacer algo, que lo impulsan: *Dale chico. Eso es tuyo, idemuestra que tú eres el mejor!* La situación es tremendamente difícil, pero el que pretende, como Copérnico y Darwin, dar un duro golpe al narcisismo del ser humano, aprovecha también el momento para entender la sexualidad de la gente de esta Isla.

El hombre está sujeto a una sobreexigencia sexual. El modelo de "eficiencia masculina" es tremendamente exigente. Exigente sobre todo de parte de las representaciones sociales. Sus componentes son múltiples - tamaño del pene, calidad de la erección, número de veces que realiza el "acto sexual" (coito, porque "lo demás es jugar al flojo"), cantidad de mujeres que ha tenido, en fin,

un listado realmente largo, en el que no predominan los aspectos emocionales, “*los machos no sienten. Los machos se hacen sentir*”. Las emociones, los sentimientos, nos hacen frágiles, y macho y fragilidad no pueden convivir.

¿Cuánto esas absurdas creencias, esos prejuicios, ese modelo de sobredesempeño obstaculizan un goce más pleno de la sexualidad? ¿Cuánto inhiben una relación más auténtica y natural con el cuerpo sexuado (con el propio y con el de otro)? ¿Cuánto todo esto está en la base de muchas de las disfunciones sexuales? Una respuesta preliminar e intuitiva es: “mucho con demasiado”. Demasiado sobre todo porque hablamos de alguien para quien la sexualidad, liberada de toda sobreexigencia, es un valor, es un modo asumido de su identidad. El cubano es, íntimamente, puro sentimiento, fragilidad candorosa, ingenuidad afectiva. Freud lo comprendió cuando la joven le habló con pasión del bolero, le dijo que lloraba con las telenovelas (incluso, con las películas rusas, aunque no las entendía), y que lo que la enloquecía era un hombre que hablara bonito. La mujer cubana exige ser conquistada, amada, convencida. Necesita una flor, una palabra hermosa, en síntesis: sentirse enamorada y que se le enamora.

Desde un camión cargado de hombres alguien gritó: *¡¡¡Jinetera!!!... Consume productos cubanos y déjate de darle tanta cuerda al gallego.*

Que las hay las hay. Que en El Malecón las hay, también es verdad. Pero, ya no solo por una razón de ética, de tradiciones y costumbres, sino hasta por un asunto de identidad sexual, la mujer cubana no es jinetera. La sexualidad del cubano no tiene nada que ver con el jineterismo, no es esencialmente una sexualidad prostituible, aunque existan prostitutas y prostitutos. Mucho estima el cubano su sexualidad como para venderla o arrendarla, mucho la disfruta como para desperdiciarla. La mujer cubana, y también el hombre en su modo masculino, es coqueta, presumida, como dicen Los Van-Van: “Zandunguera”. La mujer cubana va de argollas, labios pintados y perfumada a trabajar en la agricultura, se mira en el espejo y se aprieta al cuerpo la ropa con la que se va a meter en la tierra enfangada para recoger la cosecha, para ir a la esquina se pone que parece de fiesta: *Siempre hay un ojo que te ve.*

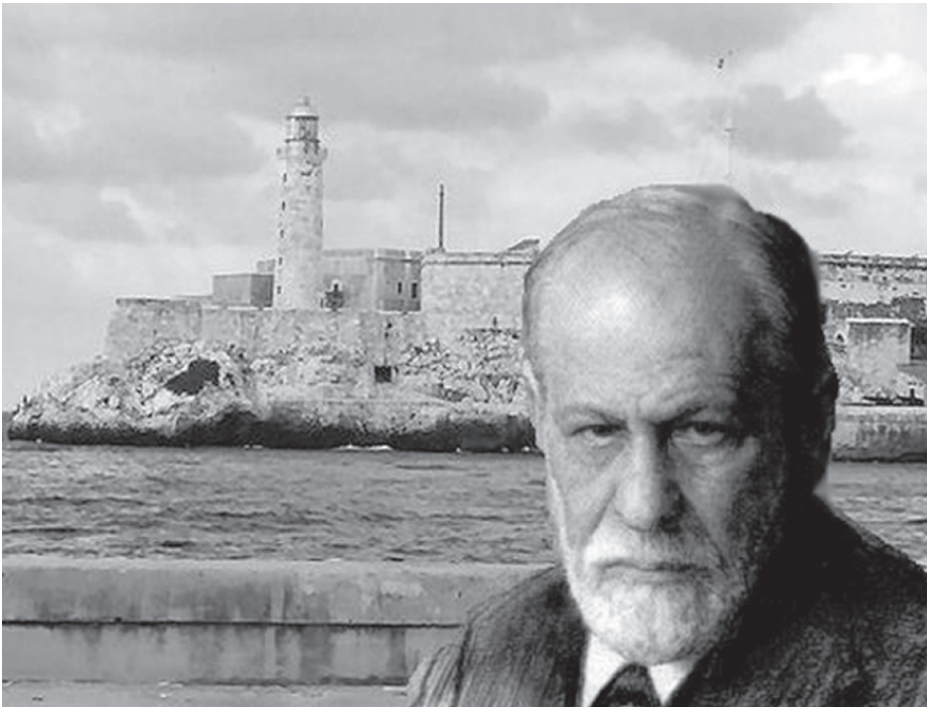
Un hombre alto y negro como los zapatos del Dr. Freud se acerca al grupo. Con un poco de desconfianza en el rostro y una mueca que está entre la de los celos y la de la incertidumbre dice: *Buenas tardes.* La joven se voltea sonriente, le da un beso y una pequeña mordida en los labios carnosos al recién llegado y virándose hacia los extranjeros les dice: *Miren, les presento a mi papi.* Freud ya no se extraña de que sea “el papi” de la misma edad que ella, ya sabe que su papi no es su padre. Tampoco se extraña de que después de despedirse, el negro, públicamente y sin reprimir su deseo le dice a ella: *Mami vamo'echando.* Le pasa el brazo por la cintura, deja caer su mano sobre la nalga, y camina lento, seguro, viril, orgulloso, como diciendo “esto es mío”, mensaje que ella capta, acepta y reafirma.

Ha sido un día repleto de experiencias interesantes y movilizadoras. Freud, Jung y Ferenczi han decidido no hablar entre sí nada de lo que ha pasado. Necesitan tiempo individual para elaborar todo este material. Cada uno se fue a dormir a su camarote. ¿Con qué soñaría Freud esa noche? Wallace, que no es una referencia de mucho confiar, dice que, durante su estancia en los Estados Unidos, Freud le comunicó a Jung que dormía muy sobresaltado porque no lo abandonaban ciertos sueños eróticos.

Veinticinco días duró la visita del Dr. Freud a Norteamérica. Por lo que se conoce, en el plano personal, no salió contento de allí. Quizás porque no le

resultaron tan fantásticas las Cataratas del Niágara, quizás porque le dijeron viejo, o simplemente porque su mentalidad no estaba preparada para América. Lo cierto es que su encuentro no fue bueno.

Quién sabe si, precisamente, a Freud lo que le faltó fue pasar en realidad por Cuba, sentarse de veras en el muro del Malecón, y hacer algunos apuntes y observaciones sobre la sexualidad del cubano. Si esto hubiera sucedido, es muy probable que muchas de sus conjeturas hubieran tomado otro rumbo. Más aún, quién sabe si el 21 de septiembre de 1909, al embarcar en el puerto de Nueva York para regresar a Europa, a bordo del *Kaiser Wilhelm der Grosse*, el genial intérprete de las zonas más oscuras del alma humana le hubiese preguntado al Capitán de la nave: *¿No será posible hacer, aunque sea una pequeña escala, en La Habana?*



Freud "en La Habana".

LA HABANA, MAYO DE 1995

► Verifica tu respuesta al acertijo “psico-matemático de la página...

El primer asunto:

¿Cuál es la edad de cada uno de los hijos de Gustavo? Intenta fundamentar tu respuesta.

Respuesta correcta: **1, 4 y 10 años.**

Demostración

De los datos del enunciado y de las respuestas a las preguntas progresivas de Gustavo, tenemos que

Siendo x, y, z las edades de los hijos, y dadas tres condiciones,

1. $X \times Y \times Z = 40$
2. $x + y + z = 14$
3. Hay un hijo menor que los restantes

Ajustándose a la condición (1) se obtienen las siguientes ternas de números posibles, cuyo producto es 40. Claro que usted conoce que el orden no importa... porque el orden de los factores no altera el producto.

1 - 1 - 40

1 - 2 - 20

1 - 4 - 10

1 - 5 - 8

2 - 2 - 10

2 - 4 - 5

Al considerar la condición (2) se puede afirmar que, de las anteriores, quedan solo dos posibilidades: 1 - 4 - 10 o 2 - 2 - 10, que son las que suman 14.

Pero como hay que considerar la condición (3), llegamos a la respuesta correcta: **1 - 4 - 10**, puesto que la otra posible (2 - 2 - 10) no es adecuada a la información de que hay un hijo menor.

El segundo asunto:

¿A qué matemático y a qué psicólogo, ya fallecidos se les rinde homenaje en este acertijo?

Respuestas correctas:

RAIMUNDO REGUERA VILAR (1921-2003). Dr. en Ciencias Físico Matemáticas por la Universidad de La Habana, 1950. Profesor de Mérito de la Universidad de La Habana, 15 de marzo de 1999. Fundador de las clases de matemática por la televisión cubana. Entrenador de las preselecciones nacionales, prácticamente para todas las Olimpiadas Internacionales e Iberoamericanas hasta su muerte, acompañando a nuestra delegación a más de diez países. Prestó asesoría para la preparación de jóvenes talentos de matemática, en varios países latinoamericanos como Argentina, Costa

Rica, Panamá y México. Cuando recibía el título de Profesor de Mérito de la UH, contó de su juventud plena de dificultades y que realmente vivía apesadado por un sueño con muy remotas posibilidades de realización. Dijo entonces: “¡Pobre del que no sueña y lucha! Mi sueño era estudiar”.

GUSTAVO TORROELLA (1918-2006). Destacado psicólogo y pedagogo. En 1938 ocupó la Secretaría de Extensión Educacional del Instituto Popular del Aire; ese año ingresó a la carrera de Filosofía y Letras en la Universidad de La Habana. Desde 1942 ejerció como profesor de Psicología, Filosofía y Ciencias Sociales en el Instituto de Segunda Enseñanza de El Vedado. Ensayó nuevos métodos pedagógicos con ejercicios prácticos y experimentales, que recoge en la obra: Libro de Trabajo de Psicología, en 1946. En ese año creó el Departamento de Psicometría y Orientación, considerado el primer Laboratorio Psicotécnico y de Orientación Profesional para la enseñanza secundaria en el país. A partir de 1947 laboró como docente de la Universidad de La Habana en Historia de la Filosofía, Metodología de la Investigación Social y de Orientación Profesional, Psicología de la Personalidad, Psicología Educacional y Técnicas de Evaluación y Diagnóstico, fructífera trayectoria en este centro que se extiende hasta 1969. Al crearse en 1950, la Escuela de Psicología y Educación en la Universidad de Villanueva, ocupó la cátedra de Psicometría y Orientación Psicológica hasta 1958. En 1961 presidió el grupo docente de la nueva Escuela de Psicología de la Universidad de La Habana. La Academia de Ciencias de Cuba lo nombró director del Departamento de Psicología Aplicada. Entre 1985 y 1990 brindó sus servicios en el Instituto Superior Pedagógico Enrique J. Varona. En su fructífera trayectoria participó en intercambios académicos en países de Europa, América Latina y los Estados Unidos. En su quehacer extraordinario hay una constante defensa de los valores humanos, el interés por el trabajo social comunitario y por la superación del magisterio. Fue un gran promotor cultural.

Y ahora, el tercer asunto:

Raimundo le pregunta a Gustavo ¿Tu gran talento para la matemática te ha sido útil para tu trabajo como psicólogo? Y Gustavo le respondió: La matemática es muy importante para ser un buen psicólogo, y le puso varios ejemplos.

Ponga usted al menos dos ejemplos en que se evidencie la importancia de la Matemática para las Psicología.

Aquí van algunas respuestas posibles:

- Las estadísticas son vitales para la investigación en psicología y para la conformación de la psicometría, la rama de la psicología que diseña y pone a prueba los test psicológicos.
- Para realizar investigaciones psicológicas basadas en modelos matemáticos.
- Para la aplicación de la lógica formal en aplicaciones de la psicología.

Conocer y cultivar la autoestima

Patricia Arés Muzio

La autovaloración y la autoestima representan temas de gran relevancia para la psicología ya que son formaciones psicológicas que tienen una gran trascendencia en el desarrollo de la personalidad y la salud psicológica. Es un tema de interés para diversos campos de la psicología como la educativa y la clínica, incluso de necesario conocimiento general.

Autovaloración y la autoestima ¿En qué se diferencian?

La autoestima y la autovaloración son términos que se relacionan. En algunos textos de psicología y Manuales de autoayuda, han sido usados como sinónimos. La autovaloración para la Psicología de la Personalidad es un concepto más abarcador y se refiere a la formación de procesos referenciales como la autoconciencia, el autoconocimiento y la identidad de los cuáles se derivan nuestras creencias, sentidos de la vida, nuestros valores esenciales, nuestros juicios morales y gustos estéticos.

La autoestima como su nombre lo indica se define más en relación al genuino amor por uno mismo, se define a partir de cuán amigable, amoroso y benevolente uno es para consigo, cuánta confianza tenemos en nuestras potencialidades, cuánto orgullo somos capaz de sentir por nuestra propia persona. Por tanto, es una especie de subproducto de la autovaloración.



La formación de la autoestima es un proceso evolutivo que se va gestando a través de todas las etapas del desarrollo. Algunos autores plantean que, desde el mismo momento del nacimiento, el bebé siente la seguridad y la confianza básica que le dan los padres a través de la manera en que es cargado en brazos, la tranquilidad o angustia que transmiten y el amor que el niño va recibiendo de a poco en las diferentes etapas de su desarrollo. En el contexto de estas relaciones afectivas significativas va consolidando su propio autoconcepto y autopercepción de su cuerpo. Señala su cabeza, señala su nariz, señala sus ojos, dando muestras de las primeras evidencias de auto conciencia corporal hasta que va avanzando a un proceso de identidad y mismidad. *¿Quién soy? ¿Soy un otro diferente a los demás?* El niño va descubriendo que no es una prolongación de la mamá, sino él mismo.

A los tres años comienzan las primeras crisis del desarrollo, la llamada primera crisis de identidad, cuando los adultos pueden advertir que se pone majadero, negativista, hace berrinches, cuestión incómoda para su manejo, pero buena señal del desarrollo. El niño descubre que es una persona independiente de los demás a partir de un proceso de diferenciación con el adulto (destete, desarrollo de la movilidad, incremento de la autonomía). Comienza también a desarrollar una identidad de pertenencia a la familia; soy yo, pero pertenezco a mi familia, después a un género, a un sexo, soy niña, soy niño. Son procesos que se van conformando a lo largo del desarrollo sin conciencia aún de la autoestima, sin embargo, forjándose las bases de su personalidad y salud psicológica en función también de los reforzadores, de los mensajes que los padres le transmitan, de las valoraciones que lo afirmen y lo hagan sentir una persona querida o valiosa, o de lo contrario, rechazada. Podemos decir entonces que el valor que las personas se asignan a sí misma depende en gran medida del valor que les han otorgado los miembros cercanos de la familia. La autoestima en consecuencia está regulada por mecanismos de apreciación y depreciación mutuas.

La autoestima, por tanto, es una formación psicológica evolutiva importante que se va consolidando con una relativa estabilidad, aunque por supuesto es muy susceptible a las coyunturas, a los cambios, a las etapas de desarrollo. Ya en la edad escolar, el niño va siendo sensible a la aprobación de los demás, al elogio, a los reforzadores de su comportamiento y como resultante de ello va aprendiendo a amarse a sí mismo o desprejarse, en función de los escenarios intersubjetivos donde el niño se va desarrollando. Poco a poco se va conformando, incluso desde edades muy tempranas, este autoconcepto.

La autoestima va adquiriendo un carácter más estable y consciente en la adolescencia donde el pensamiento conceptual va permitiendo mediatizaciones cada vez más reflexivas. La adolescencia se determina como la segunda crisis de identidad, sobre todo porque el autoconcepto vuelve a revisarse en esta etapa, ya con un nivel de información y con la ayuda de un nivel de pensamiento mucho más superior. El adolescente comienza a tener una nueva idea del esquema corporal y este esquema corporal es muy importante también para sentir rechazo o aceptación en el grupo de pares; es decir, el adolescente comienza a desarrollar lo que llamamos el ideal del yo. El ideal del yo se refiere a cómo la persona quisiera realmente ser en el presente y en un futuro, cómo se imagina que es comparando su ideal del yo con los imaginarios sociales definidos por la cultura. El adolescente va intentando de a poco responderse *¿quién soy?, ¿de qué soy capaz?, ¿a dónde voy?, ¿cómo me veo con mi propio cuerpo?, ¿cuál es mi identidad sexual?* La autovaloración

por su parte en esta etapa, va adquiriendo un grado de configuración mucho más estable y se consolida en la adolescencia temprana. Esta etapa es un momento muy sensible en cuanto a la conformación de la autoestima, porque la mirada de los otros, ya sean familiares o sus pares, les ayuda o no a darse buenas respuestas.

La familia es decisiva para la formación de una adecuada autoestima. Es el primer grupo de referencia que tiene el niño, su influencia es importantísima desde las primeras etapas del desarrollo, la seguridad, afecto y confianza que logren transmitir. A veces los padres lo dejan llorar por muchas horas pensando en el concepto de no malcriarlo, y el niño va sintiendo una sensación de indefensión, de desamparo de que nadie acude a él cuando lo necesita. Todas estas vivencias se van interiorizando desde etapas bien tempranas.

Por eso es importante que se entienda que al niño no solo basta con alimentarlo y darle determinadas situaciones materiales, sino que la autoestima es algo que hay que ir cuidando a lo largo de todo el desarrollo. Una autoestima sana es una autoestima adecuada, estructurada de tal manera que la persona es consciente de sus virtudes, pero también benevolente consigo misma ante sus errores y sus propias debilidades, conoce de sus fortalezas y capacidades para enfrentar los desafíos y retos de su desarrollo. Si una persona es incapaz de desarrollar un sentido estable de autoestima, surge la pregunta de cuáles son los modos de comunicación y de relaciones de la familia que refuerzan los sentimientos de insignificancia de la persona. No obstante, la familia a lo largo de la vida no es la única responsable de la autoestima, el éxito en la escuela o en el trabajo y la aceptación social también son esenciales en el desarrollo y mantenimiento del respeto de sí.

Existen escenarios familiares que la práctica clínica nos evidencia son verdaderos atentados al desarrollo de la personalidad sana y de una autoestima adecuada. Muchas veces los padres elogian en exceso, son sobreprotectores de manera excesiva y puede que el niño interiorice demasiados reforzadores positivos: su majestad el niño, el mejor en todo, el más lindo del mundo, el más inteligente o se haga muy dependiente del criterio y actuación de los padres. Se puede llegar a distorsionar la autoestima no por defecto, sino por hipertrofia de su propio yo; o pueden cargarlo de demasiadas críticas haciendo énfasis en cosas que van lacerando su propia autoimagen y, por ende, su autoestima. La familia en la etapa básica, es muy importante en este tipo de manejo con el niño; es decir, *ahora no lo pudiste hacer o esta tarea no te quedó bien, pero lo vas a poder hacer y lo vas a poder hacer bien*. Cómo manejamos las críticas y los elogios es uno de los aprendizajes más importantes que pudieran tener los padres para preservar y formar de manera adecuada la autoestima de sus hijos.

Otros escenarios familiares son aún más delicados para el desarrollo de la autoestima: uno de ellos es el abandono temprano de alguna de las figuras parentales. El abandono puede hacerte llegar a la falsa conclusión de que no se es valioso para los padres, no se es valioso para nadie, no se es valioso para sí mismo. Incluso hay niños que comienzan a portarse mal para merecer ese abandono.

La otra situación es el exceso de autoritarismo; *aquí el que mando soy yo, tú no vales, cállate, lo que haces no sirve para nada, te vas a quedar bruto, te vas a quedar burro, quién me mandó a tenerte*, este tipo de mensajes son atentados a la autoestima y, lamentablemente, se manifiestan con frecuencia.

Estas realidades son cotidianas, y son formas de comunicación que a veces los padres ni siquiera lo hacen con mala intención. Sin embargo, en vez de señalar el error lo define como una cualidad, no eres inteligente, eres bruto, se utilizan epítetos que pueden ir dañando la autoestima. Realmente cuando la persona es adulta se da cuenta que empieza a tener toda una serie de comportamientos erráticos que se sustentan en una autoestima baja.

Solo con ayuda de un profesional o un profundo análisis autorreflexivo es que podemos darnos cuenta que hay toda una gama de comportamientos y un marco muy florido de síntomas que tienen de base una autoestima muy disminuida. Un entorno maltratador, situaciones de abuso sexual que van dejando un lastre y una huella en nuestro cuerpo y valía que se tiene para los demás, pueden crear una huella que lacera mucho la estructura psíquica y la formación de la personalidad.

Por supuesto que la autoestima es tratable y educable por medio de psicoterapia u otros procesos correctores espontáneos, porque en algún momento se convierte en una lente a través del cual la persona mira el mundo y se puede deformar la percepción de la realidad. Si una persona no es capaz de sentirse atractivo para los demás, sentirse valiosa, se distorsionan sus relaciones, tanto íntimas y de pareja como de amistad, su lugar en la sociedad, su lugar en la escuela, en el trabajo. Por eso es tan importante que conozcamos a fondo las características de nuestra autoestima. Solemos escuchar que alguien tiene complejo de inferioridad o superioridad, las personas observan y utilizan estos términos porque logran entender que hay una deformidad en esta formación básica tan importante que es quererse a sí mismo y ser capaz de sentir orgullo cuando toca sentirlo.

A veces los adolescentes son muy crueles con los mensajes que devuelven. Yo atendí a un adolescente que me decía: *mi aula está dividida por los que tienen tenis Converse, tenis chalupa y los michi-michi*. Los michi-michi ya se sienten devaluados porque no tienen buenos tenis para ser aceptados. Todas estas cosas que tienen que ver con lo externo, con lo físico, tienen una trascendencia importante en la relación de pares a esta edad, donde a veces el modo en que se ha ido conformando la autoestima se transfiere a formas de sentirse atractivo o no atractivo para el sexo opuesto.

Vemos muchas veces muchachos y muchachas en la consulta que tienen la autoestima disminuida y funcionan con un patrón de agradecimiento. Tienen una relación de apego con quienes se fijan en ellos, es decir, no eligen, se dejan elegir y al contrario, prácticamente se aferran a esa persona casi con la divisa de decir: "gracias por tu mal gusto". Es muy lamentable porque en realidad no hay una elección, sino que se aferran a quienes ellos sienten que le son atractivos y se deforma la manera en que se va desarrollando una relación de pareja sana. Comienzan entonces los celos excesivos, los sentimientos de posesión, determinados comportamientos que luego llevan a grandes crisis en las parejas cuando las personas son adultas. Por ejemplo, un adolescente que manifieste una inseguridad muy grande en su ser y en su atractivo, se vuelve extremadamente aferrado, persecutorio, celoso, obsesivo, inseguro si logra tener una relación amorosa. Ellos mismos lo identifican en la consulta, mencionan que la pareja es muy insegura, que tiene quizás la autoestima baja, se va manifestando esta sintomatología en la manera en que se relacionan con otros. Buscan una aceptación excesiva, hay adolescentes que quieren estar todo el tiempo reclutando una aprobación, ser el centro de la atención, el más

simpático sobre todo cuando tratan de desviar la atención en relaciones a otras características como, por ejemplo, no ser buen estudiante.

Pienso que la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo y consolidación del autoconcepto, de la autovaloración y de la autoestima y que existen experiencias que pudieran ser traumáticas; por ejemplo, hoy hablamos de *bullying* o la burla abusiva. Son fenómenos de los que los educadores deberían estar muy alertas ante este tipo de situación, porque esta puede llegar a ser muy traumática para un adolescente que no se siente aceptado en su grupo o se siente el blanco de burlas o de cualquier criterio que pueda afectar su autoimagen. Esta es una etapa muy sensible ante estos fenómenos donde se magnifican algunas cuestiones corporales, granitos en la cara, pecas, ser más grueso que los ideales o los parámetros sociales, porque hoy día los adolescentes tienen parámetros realmente exigentes; hay que ser como una Barbie, hay que ser como los famosos o futbolistas. La acción mediática lleva muchas veces a situaciones de anorexia o de bulimia o abuso de los gimnasios con tal de cumplir esos parámetros, porque sienten que en eso les va su estima, prácticamente acá están empeñando su bienestar en función de qué cuerpo tienen y hoy existe toda una exacerbación social que es bastante agresiva en ese sentido.

En la adultez y tercera edad suele suceder que uno poco a poco se va amigando con uno mismo, la adolescencia es una etapa de confrontación donde se magnifica o se exagera alguna de nuestras cualidades o defectos negativos, o cosas que nosotros valoramos como no atractivas, pero las personas sanas, van aprendiendo con el tiempo y la madurez a quererse más, a valorarse más, a considerarse personas valiosas; es decir, la autoestima poco a poco se va adecuando.

De manera lamentable, la influencia de los medios es impresionante, yo diría que es brutal en realidad, porque en la actualidad las influencias mediáticas nos están imponiendo un modo de vida exitista: parámetros de belleza que son muy difíciles de cumplir y de acercarse a ellos. La industria de la belleza, con todos los *peelings*, las cirugías plásticas, la moda, el culto a la juventud, ponen la barra muy alta y prácticamente todos en el mundo actual estamos excluidos de esos parámetros. Los medios que muchas veces consumen los jóvenes están promoviendo situaciones competitivas. Hoy estamos en medio de un mundo que divide a las personas en ganadores y perdedores, el mundo de los exitosos y de los no exitosos, en realidad esto tiene un impacto en la autoestima. Por ejemplo, en Facebook las personas ven la vida de los demás con facilidad, sus viajes, sus fiestas, sus paseos y encuentros; en ese sitio cualquier vida es hermosa porque se promueve a nivel de las redes un narcisismo egocéntrico donde se tiene que ser sexy, seductor, exitoso.

En la actualidad tenemos que tener un posicionamiento crítico en relación con el papel de las redes y la autoestima, los parámetros sociales actuales están muy ligados a un mundo muy individualista, a un mundo muy competitivo y Cuba no está exenta de esas influencias. Creo que en la medida que las sociedades sean más amigables, solidarias e inclusivas, por supuesto que las personas van a tener la posibilidad de sentir una autoestima adecuada, pero en la medida en que las sociedades sean excluyentes por una serie de hilos invisibles que discriminan la raza, el género, la extracción social, la orientación sexual, la discapacidad. En ese juego de inclusión y exclusión también se está más proclive a disminuir la autoestima desde determinados patrones hegemónicos.

En el caso de las discapacidades, evidentemente cuando el niño tiene una conciencia corporal, se va dando cuenta de su cuerpo y va apropiándose de su imagen cuerpo. Cuando se da cuenta de que tiene alguna limitación física esto puede tener una cierta influencia en el autoconcepto y en su autoestima. Los padres tienen que ser bien sensibles en este tipo de situación porque hay que ir fomentando en estos casos lo que llamamos una personalidad resistente. Cuando hablamos de resistente es ayudar al niño a aprender que la persona es un todo más allá de una parte, que la vida toda y nuestras capacidades, nuestros talentos, nuestros dones, nuestras posibilidades o potencialidades no son reductibles solo al cuerpo. Este tipo de niño se vuelve muy sensible a la autoconciencia, a desarrollar de manera más temprana incluso, una reflexión sobre este tema porque comienza a percibir algo que lo difiere de los demás y no necesariamente es una ventaja, es un hándicap en relación con los otros. Acá comienzan a desarrollarse de manera sana compensaciones, y cuando el niño se compensa en el sentido de decir que quizá no pueda ganar una carrera, pero soy muy bueno en matemática o en computación, los padres deben reforzar esas potencialidades y esas capacidades del niño para dentro de su desarrollo ir creándole esa personalidad resistente, porque tiene que enfrentarse a un mundo que él sabe que no siempre es amigable, sino que a veces es hostil.

En la adolescencia, la comparación social comienza a ser en realidad muy decisiva en la conformación del autoconcepto, pues el niño tiene que enfrentarse a una cierta minusvalía o una cierta sensación de inferioridad. El hecho de que esto tenga una salida sana o no va a depender mucho de la familia y de este conjunto de entornos de amigos, o personas que puedan ser acogedoras. Por eso la sociedad también tiene una responsabilidad social, de potenciar un poco el ser una sociedad acogedora con la discapacidad. De hecho, se llaman de manera diferente capacitados en algún sentido para no lacerar y decir que es una persona que tiene una discapacidad, porque ya eso reduce a la persona, sino que es diferentemente capacitado para otras cosas, tiene otras potencialidades. Estas personas pueden llegar a tener un ajuste en su autoestima, he visto muchas con una discapacidad que han tenido su relación de pareja, que han estudiado en la universidad, que han hecho toda una serie de cosas en dependencia, claro, de sus posibilidades. Pero la discapacidad es un entorno fértil para una autoestima disminuida, por lo que hay que desarrollar estrategias adicionales, en este caso educativas para los niños, niñas, adolescentes con este tipo de realidades.

¿Es la autoestima modificable?

La autoestima es relativamente estable, pero al mismo tiempo tiene posibilidades de modificarse en función de determinados aprendizajes y procesos que algunos son educativos, otros son correctores, otros son terapéuticos; pero sí existe una potencialidad de adecuación con alguna intervención de carácter educativa o psicológica. Hay una autora llamada Virginia Satir que plantea que la autoestima es una olla, a veces estamos de "olla alta", otras de "olla baja" y cuando estamos en alta nos sentimos bien, nos sentimos con fuerza. Pero hay situaciones que son coyunturales, que tienen que ver con determinadas realidades o eventos que ocurren en la vida que nos bajan la olla y que de momento estamos en cero. Por ejemplo, si un miembro de la pareja expresa que ya no quiere más y desea terminar la relación o que en tu trabajo prescindan de tus servicios, son situaciones que producen un gran bajón a la autoestima.

De manera temporal, la persona tiene una sensación de estar demolida o desbastada hasta tanto se recupere. Por supuesto, que en estos tipos de situaciones que son más coyunturales, la autoestima se va recuperando o restaurando en la medida en que el impacto del evento va disminuyendo su intensidad e importancia, además de recibir la ayuda necesaria. Hay casos más patológicos, no podemos decir que todo con psicoterapia se rehabilita, porque existen trastornos de personalidad como, por ejemplo, las personalidades narcisistas que ya no tienen autoestima, sino “ego-estima”, algo consolidado, con rasgos de personalidad autosuficiente, prepotente, rígida, perfeccionista, susceptibles. Son este tipo de personas que los demás los perciben como tóxicas; esta realidad es un poco más difícil porque se ha consolidado la autoestima en una estructura patológica de personalidad.

También existe la persona depresiva en extremo, que solo piensan que no sirven para nada, si le dicen “pon de tu parte”, siente la autoestima más disminuida aún porque no pueden salir por sí solas de su depresión. Hay una serie de fenómenos que son más mórbidos y evidentemente, cuesta más trabajo en una acción de carácter educativa. Pero siempre la autoestima es modificable, siempre en última instancia se pueden cambiar incluso esquemas de pensamiento. La psicoterapia a veces trabaja esquemas de pensamiento en que las personas sobregeneralizan y dicen: “soy un desastre, no valgo para nada”, utilizan esquemas muy arcaicos, muy incorporado a lo largo del desarrollo. Son personas que todo lo personalizan y cualquier conducta la interpreta de manera autorreferencial, son extremadamente susceptibles, se autoinculpan, creen que todo es causado por ellos, son personas dependientes de la aprobación social.

Estas características que se van instaurando en la personalidad, en personalidades sanas son modificables, siempre y cuando la persona pase por un proceso reflexivo de su propia autovaloración. A veces hay conductas que se instauran en una autovaloración muy poco estructurada, las personas no han hecho un verdadero proceso de reflexión y no se conocen a sí mismos, no existe un proceso de autoconciencia de autoreflexión, van por la vida con un sentimiento de ignorancia sobre sí mismos o sobre su persona.

La psicoterapia ayuda a aprender a reflexionar sobre uno mismo, sobre tu propia historia, sobre tu propio modo de ver la vida, sobre tus propios conceptos personales, y sobre esa forma en que has sido amigable o no amigable. A veces le digo a mis pacientes: “te estás llevando demasiado recio, estás saliendo de esta historia con una tendencia a valorarte de una manera extremadamente negativa, tienes que ser amigable contigo mismo”, somos falibles, podemos cometer errores, pero hay que saber que los podemos rectificar. O las personas pueden ser muy perfeccionistas, o decir: “esto no me puede estar pasando a mí”. ¿Por qué no, por qué no te puede estar pasando a ti? ¿Quién eres tú para que no te pase una situación como esta?

La terapia reta a la persona (no me gusta el término paciente porque suena a enfermo) a que haga una reflexión real sobre estas conductas que lo vuelven una persona impropia, que hacen que tenga fracasos en las relaciones interpersonales, porque casi siempre la autoestima contamina no solo la subjetividad, sino la intersubjetividad. Las relaciones interpersonales se vuelven difíciles, hay personas que te dicen: “yo no sé construir amigos o no sé tener amigos”. Se sienten muy inseguras y no quieren exhibirse por miedo a una valoración negativa, sienten celos, rabia por cómo es el otro.

A veces las personas viven en extrema comparación social, siempre muy pendientes de lo que los otros puedan decir, no se desprenden del criterio de los demás por un temor muy grande a no quedar bien o no estar a la altura o a tono. Creo que mientras más comparación social existe, mientras más se mira hacia el lado, lo que la otra persona tiene, si es bonita, si es fea, más se daña la propia autoestima. La autoestima sana lleva a compararse con uno mismo y decir: "no lo hice tan bien ahora, pero voy a ser mejor en otra oportunidad"; es decir, una comparación que va más al plano del desarrollo personal.

Pero todo este tema de la comparación también lleva a la gente a sentirse muy atada al criterio del otro. Entonces varias conversaciones terapéuticas pueden ayudar muchísimo a reparar autoestimas dañadas. Por ejemplo, en una situación de abuso donde la persona es abusada o violentada, por lo general, la otra persona tiende todo el tiempo a ser hipercrítico con la pareja, la pareja abusiva critica mucho a la otra persona, la pareja abusada ya llega el momento que tiene la autoestima disminuida y comienza un proceso de dependencia del otro, de identificación con el agresor. Esa persona que está devastada, esa persona que ya tiene una indefensión aprehendida a causa de otra persona violenta, se puede rehabilitar, descubre que evidentemente estaba en una relación tóxica, descubre que puede salir de esta situación y reparar su autoestima.

Existen muchas situaciones en el campo de la clínica donde el tema central es la autoestima, lo que nos muestra la autoestima es una formación psicológica reguladora de la personalidad, de la relación con uno, con los otros y con la vida, a partir de la cual interpretas el mundo a través de esa visión ajustada o desajustada de ti mismo. Evidentemente la valía personal y el amor que se siente por uno mismo no son negociables, son transformables quizás.

La relación de pareja es un entorno a veces muy sensible a la autoestima, donde he escuchado a muchas personas decir: *sin ti me muero, me mato, no me abandones porque no puedo vivir sin ti*. Es mejor decir: *contigo vivo muy feliz, pero entérate que sin ti puedo vivir*". No te sientas abandonado si el otro te deja, hay que resguardar siempre un resquicio de amor a uno mismo para no salir devastado de los embates de la vida porque la vida inevitablemente te lleva de hoy para mañana a vivir situaciones que a veces ni esperas, de pérdida, y que son situaciones que laceran la autoestima. Un terapeuta puede influir de manera positiva en la autoestima revisando el tipo de relaciones sociales y familiares, así como revisar los modelos sociales o estándares culturales que las personas usan para evaluar su propia persona.

Acércate a reconocer tu autoestima

- Las siguientes preguntas te ayudarán a valorar tu **autoestima**. Contienen una serie de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, nuestra manera de ser, los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. Responde de forma intuitiva, sincera, de primera idea. Si no encuentras una opción que represente exactamente tu forma de ser, escoge la más semejante. Al finalizar siéntate a valorar el significado de lo que has respondido.

Este es un ejercicio para tu reflexión, solo te ayudará a orientarte. No es un diagnóstico.

1. Cuando alguien te pide un favor que no tienes ganas de hacer, o no tienes tiempo...
 - Lo hago, no sé decir que no.
 - Doy una excusa cualquiera para no tener que hacer ese favor.
 - Le digo la verdad, que no quiero, o no puedo hacer lo que me pide.

2. Viene alguien a interrumpirte cuando estás trabajando o haciendo algo que consideras importante, ¿qué haces?
 - Le atiendo, pero procuro cortar cuanto antes... educadamente.
 - Le atiendo sin mostrar ningún apuro en que se vaya.
 - No quiero interrupciones, así que trato que no me vea y que otra persona diga que estoy muy ocupado.

3. Cuando estás en grupo, ¿te cuesta tomar decisiones?
 - Depende de la confianza que tenga con la gente del grupo, me cuesta más o menos.
 - Normalmente no me cuesta tomar decisiones, sea donde sea.
 - Sí, me suele ser difícil tomar cualquier decisión cuando estoy en grupo.

4. Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico que no te gusta...
 - Cambiaría bastantes cosas para así sentirme mucho mejor y estar más a gusto con la gente.
 - Estaría bien, pero no creo que cambiara nada esencial de mi vida.
 - No creo que necesite cambiar nada de mí.

5. ¿Has logrado éxitos en tu vida?
 - Sí, unos cuantos.
 - Sí, creo que todo lo que hago es ya un éxito.
 - No.

6. En un grupo de personas que discuten ¿quién crees tiene razón?
 - Normalmente la razón la tengo yo.
 - No todos, solo algunos. Generalmente la mayoría dice cosas válidas de la realidad.
 - Todas las personas aportan puntos de vista válidos.

7. *Tu jefe protesta o te regaña en voz bastante alta por un trabajo tuyo diciendo que está mal hecho...*
- Le escucho atentamente, procurando que la conversación se desvíe a una crítica constructiva y poder aprender de mis errores.*
 - Que eleve la voz no se justifica en ningún caso. No tiene ningún derecho a tratarme así, por lo que no puedo escuchar lo que me dice hasta que no baje su tono de voz.*
 - Me molesta que me regañe y la paso mal.*
8. *Te preocupa mucho la impresión que causas en los demás, si caes bien o no...*
- Mucho, no soporto que alguien tenga una mala consideración de mí.*
 - No siempre, solo cuando me interesa especialmente la amistad de la otra persona.*
 - Lo que los demás piensen de mí no influirá en mi forma de ser.*
9. *¿Preguntas, indagas y averiguas lo que la gente prefiere de ti y lo que no?*
- Sí, aunque me llevo algunos disgustos.*
 - Sí, y disfruto conociéndome a mí mismo a través de los otros.*
 - No pregunto nada, por si acaso me encuentro con respuestas que hubiera preferido no escuchar.*
10. *¿Crees que podrías lograr cualquier cosa que te propusieras?*
- Solo algunas cosas de las que pienso son posibles.*
 - Me cuesta conseguir lo que quiero, no creo que pudiera.*
 - Con trabajo, suerte y confianza, seguro que sí.*
11. *¿Estás convencido/a de que tu trabajo tiene valor?*
- No estoy convencido/a, pero hago lo que puedo porque tenga un valor.*
 - No, más bien pienso que muchas veces no tiene valor ninguno.*
 - Estoy convencido/a de que tiene mucho valor.*
12. *Me considero una persona tímida...*
- Depende del ambiente en que me mueva puedo ser más o menos tímido/a.*
 - No me cuesta hacer amigos ni relacionarme en cualquier situación.*
 - Creo que soy una persona bastante tímida.*
13. *¿Qué sientes cuando alguien recién conocido descubre por primera vez algún defecto que estabas ocultando?*
- Esta pregunta presupone que oculto mis defectos, en cualquier caso, mi respuesta es que no me importa y que prefiero que los conozca cuanto antes.*
 - Me siento muy mal y desde ese momento mi relación con esa persona ya no es la misma.*
 - Me resulta incómodo, pero procuro no darle mayor importancia.*
14. *¿Te has sentido herido/a alguna vez por lo que te ha dicho otra persona?*
- Sí, me he sentido herido/a muchas veces.*
 - No hay nada que puedan decir que pueda herirme.*
 - Sí, pero solo por palabras dichas por personas muy queridas.*

15. Si pudieras cambiar algo de tu carácter, ¿qué cambiarías?
- Nada.
 - No lo sé, son muchas cosas.
 - Alguna cosa.
16. Cuando has tenido algún fracaso amoroso, ¿de quién has pensado que era la culpa?
- Mía, normalmente.
 - Del otro, normalmente.
 - Cada fracaso es distinto, a veces uno a veces otro.
17. Si realizas un gran trabajo, ¿sientes que no es tan gran trabajo si nadie lo reconoce?
- Efectivamente, si nadie reconoce el valor de mi trabajo no merece tanto la pena.
 - El valor de cualquier trabajo es independiente del juicio de quien sea.
 - El valor de mi trabajo soy yo el único que puede juzgarlo.
18. ¿Alguna vez sientes que nadie te quiere?
- No es que lo sienta, es que es verdad que nadie me quiere.
 - Sí, a veces siento que nadie me quiere.
 - No, solo en alguna ocasión siento que no me comprenden, pero no es lo mismo.
 - Las personas a las que todo el mundo quiere no valen nada, solo los grandes generan odios y enemigos.
 - Nunca me siento así, las personas que me rodean me aprecian.
19. Si repetidamente en reuniones de trabajo o grupos de estudio tus ideas no se tienen en cuenta...
- Pienso que no merece la pena el esfuerzo porque mis ideas no son tan buenas como creía y procuro atender a las ideas de los otros, dejando en adelante de ofrecer más ideas.
 - Lo considero una estadística desfavorable, pero continúo aportando mis ideas si se me ocurre alguna interesante.
 - Abandono el grupo, ya que mis ideas no son tenidas en cuenta y procuro formar otro en el que soy el líder o ir en solitario.
20. ¿A dónde crees que te lleva tu forma de ser?
- Hacia una mejora constante.
 - Al desastre.
 - A la normalidad.

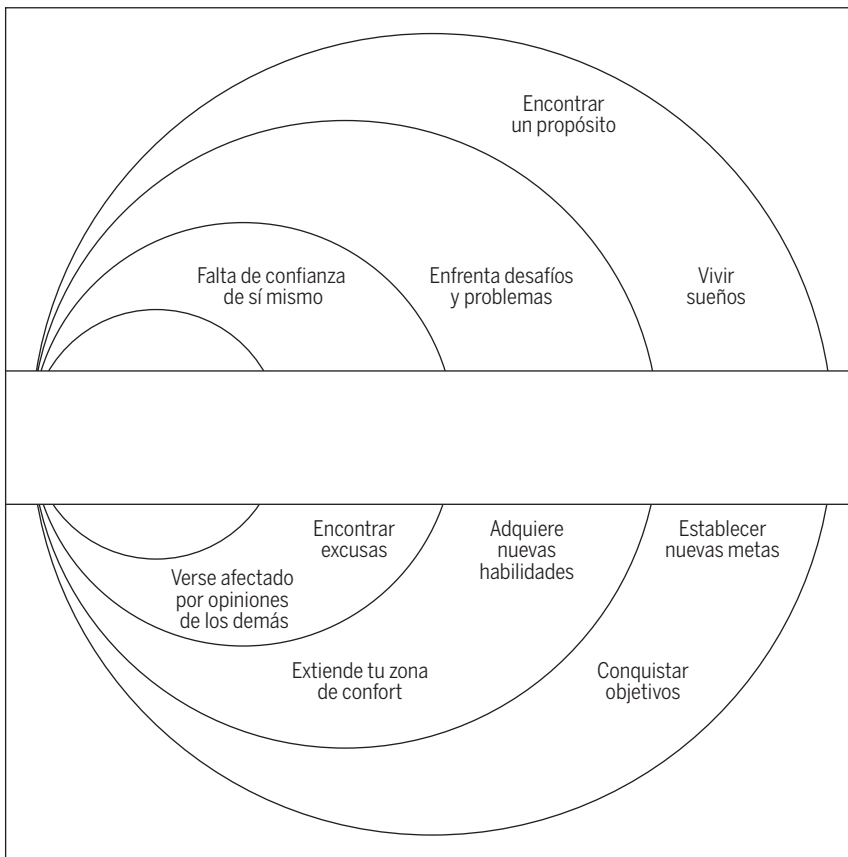
¿Dónde te ubicas tú?

- Recorta tres cuadrados de papel blanco, y escribe en cada uno de ellos los números del 1 al 3.

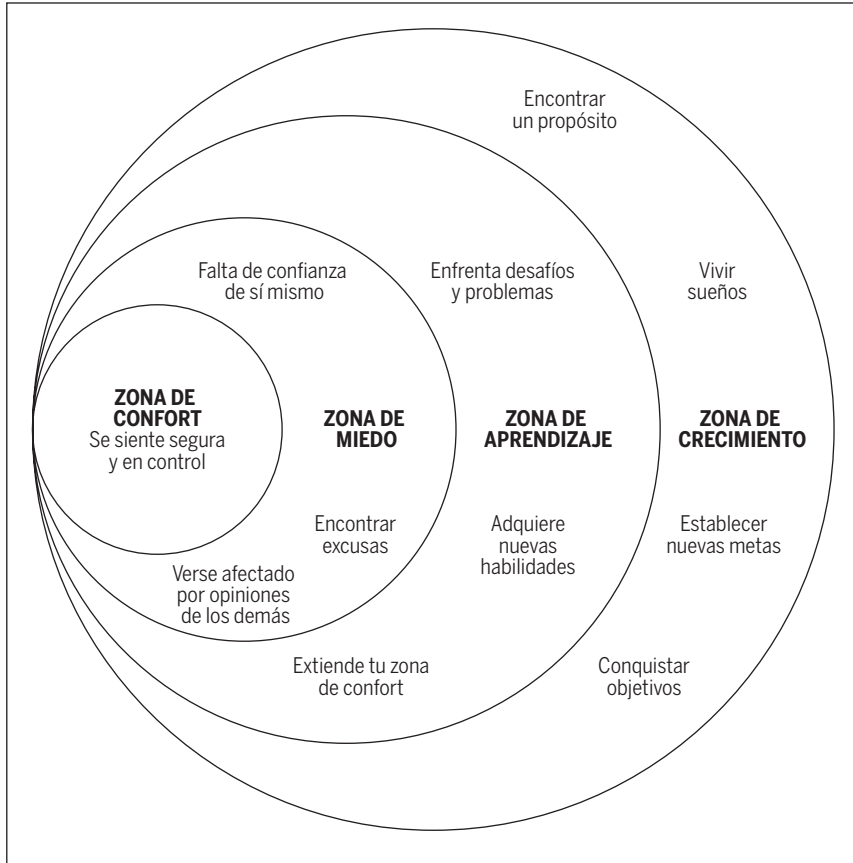
1	2	y	3
---	---	---	---

Ahora ubícalos encima de las tres cosas, de las que están escritas dentro de los círculos, que consideras son las que más te caracterizan hoy. Escoge los números por orden ascendente, desde el 1, la que más te caracteriza, luego la 2, y al final, la 3.

Fíjate bien dónde has marcado. Cuando termines, pasa a la siguiente hoja.



Ahora, fíjate en que zona de desarrollo personal te encuentras. En el cuadro de abajo puedes escribir tu reflexión sobre lo que ha sucedido.



Escribe tu reflexión aquí:

Área reservada para escribir la reflexión.

Psicología para conocer y controlar el estrés

Dionisio F. Zaldívar Pérez

El estrés es una experiencia que se hace evidente, para la mayoría de las personas en diversos momentos de la vida, aparece asociado a diversas responsabilidades sociales, en el hogar y en el trabajo, la incapacidad de separar la vida privada de la profesional, la existencia de pobres recursos para diferentes demandas, los procesos de recuperación posteriores a un hecho traumático; junto al poco tiempo que dedicamos hoy a actividades de ocio placentero, o relajante, pueden llevar y conducir a una situación de estrés cuyas consecuencias pueden resultar potencialmente peligrosas.

El término estrés (*stress*) proviene de la física y de la metalurgia, ambas disciplinas se han ocupado de la tensión que se produce en los cuerpos sólidos como respuesta a una fuerza ejercida desde el exterior que pueden llegar a deformarlos o romperlos. Como resulta conocido, fue Walter Cannon en el año 1911, quien por primera vez utilizó el término para referirse a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida y, posteriormente, este término también se empleó para designar los factores del medio cuya influencia exigen un esfuerzo para la adaptación de los mecanismos de regulación del individuo.

Hans Selye (1936, 1878) investigó y llegó a definir el estrés como la respuesta fisiológica, no específica, de un organismo ante toda exigencia que se le haga. Selye consideró que cualquier estímulo podría derivar en un estresor siempre que provocase en el organismo su correspondiente respuesta biológica de reajuste, no obstante, no incluía los estímulos psicológicos como agentes causales.

El estrés ha sido estudiado y conceptualizado de diferentes maneras. Siguiendo a Scotland (Cox, 1992) se pueden intentar resumir las distintas aproximaciones en las siguientes:

1. Una primera aproximación focaliza el estudio del estrés en las **demandas ambientales**. Los investigadores que trabajan en este campo han estudiado el impacto de un amplio rango de estos estresores. A continuación, se presentan cuatro ejemplos de estresantes que difieren primariamente en su duración:
 - a. Estresantes agudos, limitados en el tiempo: tal como discutir con una persona agresiva.
 - b. Secuencias estresantes, o series de acontecimientos, que ocurren durante un período de tiempo relativamente prolongado como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante: tal como el cuidado de un familiar con una enfermedad crónico degenerativa.

- c. Estresantes crónicos intermitentes: tales como problemas sexuales.
 - d. Estresantes crónicos: tal como estrés de origen familiar, que pueden estar vinculado a problemas de relación, con familiar cercano, conviviente en el mismo hogar, sin posibilidades de solucionar la situación, por ejemplo, carencia de vivienda.
2. Una segunda aproximación se centra en la **respuesta de los sujetos** y se toma en consideración las reacciones subjetivas, fisiológicas y conductuales que se producen en situaciones de tensión. Así nos referimos a dos tipos de elementos principales que se encuentran íntimamente interrelacionados:
 - a. El elemento psicológico, que implica conductas, patrones de pensamiento y emociones, caracterizados por un estado de inquietud.
 - b. El elemento fisiológico, que implica el incremento del nivel de activación corporal que se manifiesta, por ejemplo, en el aumento de la tasa cardíaca o una respiración agitada. Denominamos tensión a la respuesta de estos dos elementos o componentes (psicológico y fisiológico).
 3. **COMO ESTADO:** la persona se siente tensa y amenazada a partir de la evaluación subjetiva que realiza de la situación.
 4. **COMO PROCESO:** los síntomas del estrés van emergiendo poco a poco con el paso del tiempo. Este proceso implica ajustes e interacciones continuas (transacciones) entre la persona y el medio.

El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

¿Qué es el estrés?

Tomando en cuenta lo visto hasta aquí, la comprensión del estrés requiere tener en consideración las variables contextuales propias del ámbito del individuo; las variables personales del sujeto que se enfrenta a la situación y las propias consecuencias del estrés, así podemos resumir las distintas posiciones asumidas de la manera siguiente:

- **Estrés es la fuerza o el estímulo** que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta.
- **Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica** del individuo ante un estresor ambiental.
- **Estrés es una consecuencia de la interacción** de los estímulos ambientales y la respuesta característica del individuo.

A partir de un enfoque transaccional del estrés, hemos elaborado nuestra propia definición que les presentamos a continuación:

El estrés es un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surge en un individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente, que impone al sujeto demandas o exigencias, las cuales objetiva o

subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control” (Zaldívar, 2007: 30-31).

Estrés: eustrés y distrés

No todo el estrés es negativo. Aun cuando la popularización del término estrés contiene la representación negativa de este, algunos autores diferencian un estrés “malo”, que se le denomina distrés, y un estrés “bueno”, el propiamente dicho estrés. Pero insisto, el uso generalizado del término estrés hace referencia a aquel que tiene repercusiones negativas.

Aunque no todo el estrés es perjudicial. Se vive inmerso en el estrés porque los sujetos se encuentran en un proceso constante de adaptación al mundo que les rodea y, a la vez, de propio desarrollo personal, lo que “provoca” realizar constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se presentan (Merín, Cano y Tobal, 1995).

La experiencia del estrés puede convertirse en un factor importante de desarrollo y crecimiento personal, así como una herramienta de gran utilidad para el logro de un funcionamiento armónico y del mantenimiento de la salud (Zaldívar, 2011).

Los estudios más recientes sobre los procesos del estrés, han puesto el acento en sus aspectos positivos y en el papel que este puede jugar, como factor de desarrollo y crecimiento personal, cuando se logra una eficiente gestión de este.

Los modelos que enfatizan el lado bueno del estrés o eustrés, han promovido numerosos estudios y han acumulado diversas evidencias que apoyan la idea de que determinadas características personales, así como ciertas competencias cognitivas y conductuales, propician un buen ajuste y funcionamiento psicosocial, favoreciendo el mantenimiento de la salud

El estrés como proceso

Al referirnos al estrés como proceso, hay tres conceptos básicos a los cuales debemos referirnos: *eventos vitales*, *evaluación cognitiva* y *afrontamiento*.

Eventos vitales

Al hablar de eventos vitales nos estamos refiriendo a una serie de sucesos que, por lo general, resultan inusuales o imprevistos e implican, para el sujeto, la necesidad de realizar algún esfuerzo para adaptarse a la nueva situación que rompe con las rutinas establecidas.

Evaluación cognitiva

La evaluación cognitiva podemos definirla como la valoración que hace el sujeto de la situación, de cómo esta pudiera afectar su bienestar personal o de algunos de sus allegados, así como de los recursos con los que cuenta o cree contar para hacerle frente. Existen dos tipos de evaluación (primaria y secundaria).

La evaluación primaria es el procedimiento según el cual el sujeto valora las demandas de la situación y analiza las implicaciones del hecho, si es positivo o no, si es relevante y sus posibles consecuencias. En definitiva, responde a la pregunta: ¿qué significa esto para mí? El resultado de esta evaluación será lo que determina que el evento sea considerado bueno o malo, relevante o irrelevante, amenazante o no.

Por otra parte, la evaluación secundaria tiene como objetivo la valoración y análisis de los recursos del propio sujeto para hacer frente al suceso que

acaba de evaluar. El resultado de esta valoración determina en gran medida sí el individuo se siente asustado, desafiado u optimista. Tiene que ver con la evaluación de los propios medios y posibilidades y en ella tienen una influencia esencial los pensamientos anticipatorios. La historia previa de hacer frente a situaciones similares y el resultado exitoso o no que se ha obtenido.

Afrontamiento

Otro elemento a considerar en este proceso, es el afrontamiento o estrategia de *coping* propiamente dichos, y que implica la elección y ejecución de una estrategia elaborada de manera previa para hacer frente a la situación (tabla 1).

Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento o *coping* como aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Es necesario precisar que el afrontamiento se vincula con lo que el sujeto piensa o hace (esfuerzos cognitivos y conductuales) y no en términos de su eficacia o resultados.

Se consideran, por estos autores, dos tipos de estrategias de afrontamientos principales: el afrontamiento centrado en el problema y la segunda denominada centrada en la emoción. La primera, como su nombre lo indica, está dirigida a eliminar o alterar el problema que está provocando el malestar o a incrementar los recursos del sujeto para hacer frente al problema, por ejemplo, aprendiendo un nuevo método de enfrentar el problema, buscando ayuda de una persona capacitada que nos oriente. La estrategia de regulación emocional estaría centrada en la emoción, en reducir el malestar emocional asociado a la situación (Sánchez Cánovas, 1991). Lazarus y Folkman (1984) consideran que la gente utilizará este segundo tipo de estrategia cuando tiene la certeza de que el estresor resulta inmodificable como la muerte de un ser querido. Ejemplos de este tipo de estrategias serían rezar, distraerse, dormir, beber, etcétera.

Como se puede apreciar, en este modelo interactivo se le asigna una relevancia principal a la evaluación cognitiva que el sujeto realiza y se le considera la principal responsable de que la situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto, el cual se considera como parte activa en el proceso, por su interacción con su medio.

Veamos en la siguiente tabla, las principales estrategias de afrontamiento planteadas por Lazarus y Folkman.

TABLA 1. DIMENSIONES DE AFRONTAMIENTO

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
1.Confrontación	Acciones directas dirigidas a la situación. Ej.: Expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etcétera.
2.Distanciamiento	Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etcétera.
3.Autocontrol	Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etcétera.
4. Búsqueda del apoyo social	Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a algún familiar el problema etcétera.
5. Aceptación de la responsabilidad	Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, etcétera.

TABLA 1. DIMENSIONES DE AFRONTAMIENTO (CONT.)

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
6. Escape-evitación	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol drogas.
7. Planificación de la solución de los problemas	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etcétera.
8. Reevaluación positiva	La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona, etcétera.

Fuente: Folkman y Lazarus, 1988.

Factores causales del estrés

Diversas son las fuentes de estrés que han sido estudiadas, entre ellas, el enfoque de los eventos vitales y otras perspectivas multidisciplinarias que han buscado establecer la relación existente entre sucesos o situaciones estresantes, y enfermedad, así se han distinguido entre varias fuentes de estrés: sucesos extraordinarios, sucesos menores, situaciones crónicas y estilos de vida.

1. Sucesos vitales intensos y extraordinarios.

Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que cambian o amenazan con cambiar, en alguna medida, las rutinas y actividades usuales del individuo obligándolo a efectuar un reajuste sustancial en su conducta.

Siguiendo esta dirección nos encontramos con situaciones estresantes que son resultado de la aparición de cambios importantes tales como un divorcio, perder el empleo, etc. Estos acontecimientos imponen al sujeto un esfuerzo de adaptación intenso, que implica la aparición de respuestas de estrés.

2. Sucesos menores (estrés diario).

Varios autores han considerado el impacto estresante de sucesos cotidianos menores, por ejemplo (Lazarus *et al.*, 1984), plantearon que los eventos estresantes diarios provocan más respuestas de estrés y efectos negativos, psicológicos y fisiológicos más importantes que los que pueden suscitar acontecimientos extraordinarios y poco frecuentes. Se caracterizan por ser eventos más frecuentes, de ocurrencia diaria o casi diaria. Pertenecen a este tipo de sucesos las peleas conyugales, las dificultades con el tránsito, las colas, la solución de problemas burocráticos, etcétera.

Señalan estos autores que, tanto el estrés menor como las insatisfacciones y molestias que caracterizan la vida cotidiana pueden tener, en algunos sujetos, mayor impacto y significado para la salud que los sucesos mayores o eventos vitales.

3. Situaciones de tensión crónica mantenida.

Son situaciones que por sus características provocan tensiones y malestar que se mantienen durante largos periodos de tiempo, como una enfermedad prolongada, una mala relación con la pareja durante varios años, etcétera.

4. Estilos de vida.

El tipo de profesión u ocupación, características de la jornada laboral, las aficiones, la frecuencia de contactos y otras actividades sociales, el régimen de dieta y ejercicios físicos, la ingestión de bebidas alcohólicas etc. Van a determinar en gran medida las demandas a que las personas se verán sometidas, y, por lo tanto, la mayor o menor vulnerabilidad ante situaciones de estrés.

Características de las situaciones de estrés

Aunque como ya hemos señalado el carácter estresor de un evento pasa por la evaluación que el sujeto hace del mismo, no podemos obviar el reconocimiento de algunas características de estos cuya presencia contribuyen al efecto “estresante” de una situación:

- **EL CAMBIO O NOVEDAD EN LA SITUACIÓN.** Cualquier cambio que implique para el sujeto moverse de su “zona de confort”, puede percibirse como una amenaza o malestar debido a los esfuerzos de ajuste que debe realizar para dar respuesta a las nuevas demandas de la cambiante situación.
- **LA FALTA DE INFORMACIÓN E INCERTIDUMBRE.** La falta de control que un sujeto experimenta ante una situación de cambio sobre la cual no tiene información precisa, ni acerca de lo que se le demanda o qué sucederá, puede provocar incertidumbre y la consecuente respuesta de estrés. La sensación de incertidumbre y de falta de control resulta estresante.
- **LA PREDICTIBILIDAD.** Al igual que la situación anterior, la no posibilidad de poder anticipar o predecir un evento, suele provocar respuesta de estrés. Cuanto menos predecible sea una situación mayor grado de estrés originará.
- **LA AMBIGÜEDAD DE LA SITUACIÓN.** Un nivel inadecuado de información sobre una situación hace que esta sea ambigua y esto se constituye en fuente de estrés. Lo anterior ocurre cuando las características de la información no permiten una evaluación clara y precisa de dicha situación. A mayor ambigüedad de la situación, corresponde más estrés.
- **LA INMINENCIA ES EL INTERVALO DE TIEMPO** que transcurre desde que se predice un acontecimiento hasta que realmente ocurre. Cuanto más inminente sea un acontecimiento con más intensidad es valorado como estresante.
- **LA DURACIÓN DE LA SITUACIÓN DE ESTRÉS,** mientras mayor sea el tiempo de exposición a una situación de estrés, mayor desgaste y mayores serán las consecuencias negativas para el individuo.
- **LAS ALTERACIONES EN LAS CONDICIONES BIOLÓGICAS** del organismo por implicación del sujeto en actividades relacionadas con el consumo de sustancias nocivas, estilos de vida insanos, exposición a condiciones ambientales estresantes, hacen al sujeto más vulnerable a los efectos del estrés.
- **LA INTENSIDAD DEL ESTRESOR,** a mayor severidad o intensidad del estímulo estresor, mayor será la respuesta de estrés.

Estrés y características individuales

Payne (1988) señaló algunas de las características individuales más importantes implicadas en el proceso de estrés y las agrupó en tres categorías: genéticas (constitución física, reactividad, sexo e inteligencia), adquiridas (clase social, edad y educación) y disposicionales (personalidad tipo A, extraversión-introversión, personalidad resistente, estilos de afrontamiento, etcétera).

Algunos autores diferenciaron las variables biológicas y demográficas de las cognitivas y afectivas (nivel de necesidad, autoestima, tolerancia a la ambigüedad, locus de control y tipo de personalidad). Estas diferencias se basan en que las primeras modulan la relación percibida de estrés y sus consecuencias, mientras que las segundas actúan como moduladores entre los estresores y el estrés percibido, y entre este último y las consecuencias (Peiró, 1992).

Los efectos del estrés y sus consecuencias prolongadas, como hemos dicho, varían con las características individuales, tienen diferentes sintomatologías, así como diversas estrategias y estilos de afrontar las situaciones estresantes.

El interés que comporta el conocer estas relaciones se debe a la posibilidad de hacer previsiones del efecto de ciertas constelaciones de estresores sobre el sujeto. Algunas de las características que se han estudiado y que tienen interés son:

- **TIPO DE SUJETO.** Las características de tipo A son: impaciencia, velocidad excesiva, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, agresividad y hostilidad, habla y gesticulación brusca, compromiso excesivo con el trabajo. Bajo situaciones similares, personalidades de estas características están dispuestas a percibir las situaciones como más estresantes que las de tipo B.
- **LOCUS DE CONTROL.** Esta característica distingue entre personalidades con locus de control interno, que tienden a creer que los eventos de la vida son controlados por las propias acciones, y locus de control externo, que creen que el control se debe al azar o al destino. Son menos estresantes las de locus de control interno.
- **NEUROTICISMO/ANSIEDAD.** Estas características de personalidad están muy relacionadas con el estrés. En general, existe evidencia empírica de que las personas que perciben los estímulos como más amenazantes y ansiógenos son más vulnerables a situaciones de estrés.
- **CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS.** Las aptitudes cognitivas o capacidades cognitivas mediatizan el proceso de estrés. Los estilos cognitivos como dependencia e independencia del campo (a estímulos o situaciones), mediatizan la forma en que una situación provoca estrés o no.
- **TOLERANCIA A LA AMBIGÜEDAD.** En el transcurso de la vida, por ejemplo, en el ámbito del trabajo podemos encontrarnos con situaciones ambiguas, estas situaciones pueden ser consideradas como un modulador de estrés, para personas con baja tolerancia a la ambigüedad. A menor tolerancia, más vulnerabilidad.
- **PERSONALIDAD RESISTENTE.** El sujeto con este tipo de personalidad muestra una gran resistencia ante situaciones difíciles y estresantes, e inclusive, suele salir fortalecido después de enfrentar estas. Podemos caracterizarlos en base a las tres dimensiones siguientes:
- **EL COMPROMISO:** Es la capacidad para creer, dar importancia y valor a lo que uno es, está haciendo y por tanto implicarse en las diferentes situaciones de la vida.
- **EL CONTROL:** Se refiere a la tendencia y comportarse bajo la creencia de que podemos influir sobre el curso de los eventos que nos implican.
- **EL RETO:** Se basa en la creencia de que las situaciones difíciles que enfrentamos, constituyen más que un obstáculo, una oportunidad para crecer y desarrollarnos, para probarnos a nosotros mismos.
- **OTRAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES.** Existe otro conjunto de características individuales que pueden ser moduladoras de la experiencia de estrés, entre las que figuran:
- **LA DIMENSIÓN EXTROVERSIÓN-INTROVERSIÓN** (orientado hacia lo externo o hacia lo interno respectivamente), los estudios indican que los segundos son más estresantes.
- **LA EDAD** es una característica que modera la experiencia de estrés.

Consecuencias del estrés

Los síntomas del estrés, se expresan en tres planos principales: cognitivo, afectivo y conductual; estos y sus consecuencias tienen una expresión particular en cada sujeto de acuerdo con sus características personales.

Las respuestas fisiológicas activadas y los órganos implicados están en función del tipo de estímulo estresor y de la valoración que de él hace la persona. El mantenimiento de una respuesta de estrés, una vez que se ha iniciado, dependerá de que el sujeto siga percibiendo la situación como estresante o no y de las estrategias que ponga en marcha para su posible solución.

Eje neural

- Dilatación de la pupila.
- Escasa segregación de saliva.
- Alta tasa cardíaca.
- Inhibición de la vejiga urinaria.
- Excitación del esfínter.
- Inhibición de la digestión.
- Eyaculación.

Eje neuroendocrino

- Alta presión arterial.
- Alta tasa cardíaca.
- Estimulación de los músculos.
- Aumento de colesterol en sangre.
- Bajo riego sanguíneo en la piel, en el sistema gastrointestinal y en los riñones.
- Secreción de opiáceos endógenos.

Eje endocrino

- Alta producción de glucosa.
- Irritación gástrica.
- Supresión de los mecanismos inmunológicos.
- Exacerbación de herpes simple.
- Desarrollo de sentimientos asociados a depresión, indefensión, desesperanza y pérdida de control.
- Retención de líquidos.

Si la respuesta de estrés es excesivamente frecuente, intensa o duradera puede tener consecuencias negativas para la salud y el funcionamiento psicosocial del sujeto. Como ya hemos señalado, el organismo no puede mantener mucho tiempo un ritmo constante de activación por encima de sus posibilidades, y si se mantiene más allá del límite se agotarán las reservas de este y se dará paso a las llamadas enfermedades vinculadas con el estrés.

Efectos subjetivos

- Ansiedad.
- Agresión.
- Apatía.
- Aburrimiento.
- Depresión.

- Fatiga.
- Frustración.
- Sentimiento de culpa.
- Vergüenza.
- Irritabilidad.
- Mal genio.
- Tristeza.
- Baja autoestima.
- Tensión.
- Nerviosismo.
- Soledad.

Efectos cognitivos

- Incapacidad de tomar decisiones.
- Incapacidad de concentrarse.
- Olvidos frecuentes.
- Hipersensibilidad a la crítica.
- Bloqueos mentales.

Efectos sobre la salud

- Asma.
- Amenorrea.
- Dolor de espalda y pecho.
- Trastornos coronarios.
- Diarrea.
- Mareos y desvanecimientos.
- Trastornos gástricos.
- Cefaleas y migrañas.
- Pesadillas.
- Insomnio.
- Trastornos psicósomáticos.
- Diabetes.
- Sarpullidos y picores en la piel.
- Pérdida de interés sexual.
- Debilidad.

Control del estrés

En los modelos en los que se vincula el estrés (distrés) con la enfermedad se plantean entre otros, dos factores que aumentan la vulnerabilidad de los individuos e incrementan las posibilidades de enfermar, estos son:

- a. La respuesta de activación fisiológica (disminución de la activación o sobreactivación).
- b. Las estrategias inadecuadas de afrontamiento.

Una gestión eficiente del estrés, supone el control de estos dos factores. La respuesta de estrés implica un nivel de activación general del organismo en la que participan el sistema nervioso central y el sistema neurovegetativo. Este nivel de activación general, ante situaciones estresantes y que tiene por objetivo preparar al organismo para hacer frente a las demandas de la situación, tiene

un efecto beneficioso cuando se mantiene dentro de parámetros óptimos; pero cuando se produce un estado de sobreactivación, entonces se convierte en un factor perjudicial de riesgo para la salud.

No hay que pensar que los efectos negativos del estrés, están solo asociados a los estados de sobreactivación, en determinadas circunstancias el estrés genera una disminución de la activación, que también tiene un efecto perjudicial.

Un nivel óptimo de activación favorece un estado de motivación que facilita el afrontamiento de las situaciones problemáticas, mientras que niveles de sobreactivación, por el sobre esfuerzo que implica, puede producir desgaste, agotamiento y, además, provocar la aparición de síntomas de ansiedad y hostilidad, que además de causar molestias y disgustos, pueden llegar a afectar la salud.

La disminución del nivel de activación se relaciona con depresión y agotamiento psicológico, lo que además del desánimo, pérdida de interés, sentimiento de inutilidad, rigidez perceptual, etc., puede afectar gravemente la salud.

Mantener el nivel de activación en un óptimo, como ya señalamos, es uno de los factores necesarios para una adecuada gestión del estrés; para ello el sujeto ha de lograr, en primer lugar, identificar las demandas de la situación que lo sobreactiva o lo pone en un nivel de activación por debajo de lo normal. Igualmente, ha de tomar conciencia de los síntomas que acompañan a cada uno de estos estados.

El siguiente paso, consiste en identificar cuál es su nivel óptimo de activación y aplicar algunas de las estrategias, según corresponda, para lograr este estado.

Las estrategias que pueden ser empleadas, para gestionar un nivel óptimo de activación son:

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de respiración.
- Técnicas de imaginación o visualización.
- Estrategias de automotivación: Establecer un objetivo, trazarse un plan, buscar un objetivo, etcétera.
- Técnicas de autoafirmación y autoreforzo, mediante el uso de verbalizaciones asertivas o sedantes.

Estas estrategias ayudan a lograr el óptimo de activación ya sea disminuyendo o aumentando esta. En el cuadro siguiente brindaremos una visión de los efectos que pueden ser obtenidos.

ESTRATEGIA	EFECTOS
Relajación	Disminuye la activación
Respiración	Ritmo lento, disminuye la activación, ritmo rápido, la aumenta.
Imaginación-Visualización	Actúa en un sentido u otro según su contenido estimulante o sedante.
Automotivación	Aumenta la activación.
Autoafirmación y reforzo	Las visualizaciones asertivas aumentan la activación, los sedantes o tranquilizantes la disminuyen.

En cuanto al segundo factor señalado, el afrontamiento inadecuado, consideramos como tal aquellas estrategias cuyos resultados tengan como consecuencia, un aumento o incremento del afecto negativo (sensación de inquietud, apatía,

aburrimiento, depresión, sentimiento de infelicidad) y de la vulnerabilidad del sujeto, a los efectos negativos del estrés.

Aun cuando se ha empleado diversas denominaciones para clasificar la estrategia de afrontamiento (como la de Lazarus y Folkman), preferimos utilizar la clasificación siguiente:

1. **ESTRATEGIAS INSTRUMENTALES:** Dirigidas a dar respuesta a la demanda de la situación, técnica de solución de problemas, búsqueda de información, búsqueda de apoyo de otras personas, etcétera.
2. **ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN AFECTIVA:** Encaminadas a disminuir el impacto emocional y de regular nuestras emociones, búsqueda de actividades para la distracción, realizar ejercicios, apartarse de todo por un tiempo, buscar un sentido a la situación, etcétera.
3. **ESTRATEGIA DE EVASIÓN Y NEGACIÓN:** Comprende acciones tales como, negarse a aceptar lo que está sucediendo, intentar disminuir la tensión mediante la ingestión de bebidas alcohólicas, fumando o ingiriendo sustancias psicoactivas, etcétera.

La efectividad de las estrategias de afrontamiento depende del problema y del contexto en que se apliquen; aunque de manera general se ha encontrado que un enfoque activo, centrado en las estrategias instrumentales, resulta efectivo para la mayoría de las situaciones, mientras que las estrategias centradas en la emoción son menos efectivas y se adecuan sobre todo a contextos en que la propia problemática (muerte de un familiar, etc.), no admite modificación. Se ha comprobado que las estrategias de evitación y negación son las que resultan más inadecuadas y nocivas.

De todos modos, para una adecuada gestión del afrontamiento al estrés, el sujeto ha de identificar aquellas estrategias que le han resultado más efectivas, para el afrontamiento a los diferentes acontecimientos de su vida, e intensificar y perfeccionar la aplicación de estas (ver Diario de estrés).

A continuación, les presentaremos cinco técnicas que pueden ser utilizadas para conocer, controlar y manejar con mayor efectividad su nivel de estrés:

1. El Diario de estrés. Importancia de llevar un diario de estrés.

Tener anotadas en un diario las distintas vivencias y experiencias de estrés que experimentamos, durante un período de tiempo determinado, digamos un mes, por ejemplo, nos permitirá conocer con mayor precisión las causas de nuestro estrés, el nivel de este con el cual funcionamos adecuadamente o nos sentimos descontrolados y, además, valorar las estrategias que mejor nos han servido para controlarlo y mantenerlo en un nivel óptimo.

Anotaremos en el diario, al final del día, a partir de una escala del 1 al 5 (1 = ninguno, 2 = poco, 3 = regular, 4 = bastante, 5 = mucho) el nivel de estrés que estamos sintiendo o que hemos sentido durante el día. Tener en cuenta las situaciones estresantes que se nos han presentado y para ello se considerará la información siguiente:

Anotar:

La cantidad de estrés que sentimos (escala del 1 al 5).

- ¿Cómo nos sentimos? (Estado anímico).
- ¿Cuán eficiente hemos sido en controlar nuestro estrés?

Sobre las situaciones estresantes escribir:

- ¿Cuál o cuáles fueron las situaciones de estrés?
- ¿Bajo qué circunstancias ocurrieron?
- ¿Qué factores hicieron que considerara la situación como estresante?
- ¿Cómo manejamos la situación? ¿Qué tenemos que mejorar?

Analizar la información recopilada en el diario:

Al cabo de un mes, aproximadamente, se debe proceder al análisis de la información recogida en el diario, esta debe permitir conocer los aspectos siguientes:

- Nivel de estrés predominante, principales causas que provocan nuestro estrés, principales estrategias que utilizamos para tratar de controlarlo, eficiencia de estas estrategias y aspectos en los que debemos trabajar para mejorarlas.
- Con esta información podemos pasar a confeccionar un plan de acción que nos permita controlar o reducir los problemas que provocan nuestro estrés y perfeccionar las estrategias que nos han resultado más efectivas para su control.

2. Técnica para la automotivación y mejoramiento del estado de ánimo.

El aburrimiento también puede ser una causa de estrés. Si se siente aburrido, cansado o desmotivado para emprender una tarea, entonces posiblemente necesite emprender alguna acción para motivarse y levantar el ánimo, puede probar con la siguiente técnica:

Reflexione sobre la importancia y necesidad de realizar la tarea.

Propóngase una meta desafiante en relación con la tarea (tiempo, calidad, etc.), intente verla como un reto.

Si la tarea le parece tediosa, compleja, trabajosa, divídala en pequeñas partes y combínelas con otras que le resulten agradables:

Utilice de manera positiva el diálogo interior, dígame cosas como las siguientes: lo puedo hacer bien, lo estoy empezando a disfrutar, es un reto para mí, etcétera.

3. La anticipación. Preparando respuestas y anticipándonos a las situaciones de estrés.

Si nos anticipamos a situaciones que suelen provocarnos el estrés, entonces podemos trabajar para enfrentarlas y tener lista nuestra mejor respuesta y lograr un control lo más óptimo posible.

Esto podemos hacerlo de varias maneras:

Si es un evento que tenemos previsto y que ya conocemos su efecto estresante sobre nuestra persona, entonces podemos practicar cómo enfrentarlo, cómo permanecer relajado, concentrado en la tarea y cómo sentirnos a gusto durante este.

Si hemos llevado bien nuestro diario personal del estrés, es casi seguro que contaremos con la información necesaria para poder planificar nuestra respuesta ante las distintas situaciones que hemos identificado como estresante y mejorar nuestras estrategias para aliviarlas o manejarlas.

Algunas de estas estrategias pudieran ser:

- *Evitar las situaciones* que nos resultan desagradables y no nos proporcionan ningún beneficio, ni resultan necesarias.

- *Adecuar la importancia* que le damos al evento. Recordar que la valoración que hacemos de estos eventos contribuye o no a nuestro **estrés y si** sobrevaloramos les prestamos más atención de la debida entonces nos estresarán.
- *Permanecer enfocado* en el correcto desempeño de nuestras actividades, para que “el poder” de estresarnos de una situación pase a un segundo plano.
- *Reducir la incertidumbre*. Como ya hemos planteado, la incertidumbre puede llegar a provocar altos niveles de estrés. Algunas de las principales causas de incertidumbre son:
 - No tener una idea clara de los retos y tareas a las cuales debemos enfrentarnos en el futuro mediato o inmediato.
 - No tener clara nuestras metas educacionales, profesionales o familiares.
 - No conocer que demandan o piensan de nosotros nuestros amigos, superiores, etcétera.
 - Carecer de la información o del conocimiento de las acciones necesarias para emprender determinada tarea o misión.

4. Utilización creativa, y a nuestro favor, de la imaginación.

La imaginación es un poderoso mecanismo que puede ser utilizado, tanto para crear e incrementar nuestro estrés, como para reducirlo. Es necesario aprender a utilizarla en este último sentido y lograr crear, mentalmente escenas que nos resulten relajantes, placenteras y nos aparte la atención del foco idea o preocupación que nos estresa.

5. Pensar de manera racional y positiva.

Los pensamientos negativos que a diario se acompañan de ideas irracionales, son una de las mayores causas de estrés. Así, pensar de manera racional y positiva, contribuye de manera notable a reducir y eliminar el estrés.

Pensamos de manera negativa cuando, sin razón alguna dudamos de nuestras habilidades, esperamos cometer fallos en las tareas o acciones que emprendemos, dudamos de nosotros mismos y nos vemos como sujetos fracasados, en fin, perdemos la confianza y nos sentimos paralizados y en la creencia que no estamos a la altura de los retos y desafíos que tenemos que enfrentar.

Estos sentimientos de desamparo, ansiedad, depresión, etc. debemos utilizarlos como alarma que nos indican que no estamos pensando racional ni positivamente y deben servirnos para rastrear, identificar y sustituir, por otros más efectivos, esos pensamientos e ideas irracionales que nos provocan estrés.

Como sustitutos de estos pensamientos, podemos emplear afirmaciones positivas como, por ejemplo: Eso es difícil, pero puedo enfrentarlo.

Resumiendo, el estrés es una respuesta de adaptación que se vincula con las demandas del ambiente, la evaluación que hacemos de estas y los recursos con los cuales contamos para enfrentarlas.

Para brindar respuesta efectiva y manejar con eficiencia nuestro estrés, debemos poder identificar los síntomas y consecuencias del estrés en nosotros, conocer qué nos produce estrés, así como las distintas estrategias que podemos utilizar para su control.

El estrés es la sal de la vida y de nosotros depende que sea nuestro aliado o enemigo.

Diario de estrés

(llevar diariamente, hacer anotaciones al final del día)

► Fecha (día, mes, año)

Anotar:

Vivencias de estrés:

Nivel o cantidad de estrés sentido:

- 1 = muy poco
- 2 = poco
- 3 = regular
- 4 = bastante
- 5 = mucho

- ¿Cómo nos sentimos (estado anímico)?

- ¿Cuán eficiente hemos sido en controlar nuestro estrés?

- Causas probables:

Sobre las situaciones estresantes escribir:

- ¿Cuál o cuáles fueron las situaciones de estrés?
- ¿Bajo qué circunstancias ocurrieron?
- ¿Qué factores hicieron que considerara la situación como estresante?
- ¿Cómo manejamos la situación? ¿Qué tenemos que mejorar?

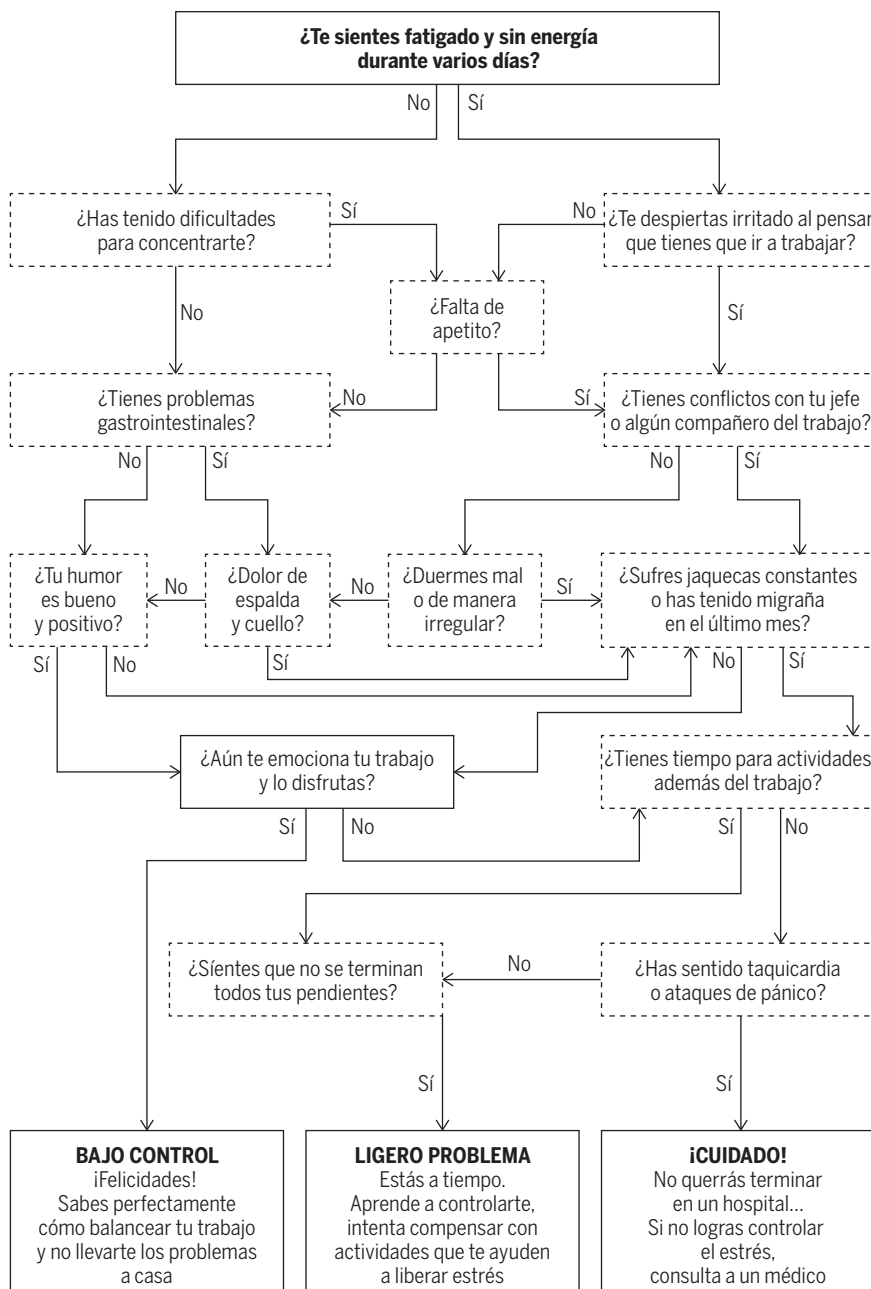
Analizar la información recopilada en el diario:

Al cabo de un mes, aproximadamente, se debe proceder al análisis de la información recogida en el diario, esta debe permitir conocer los aspectos siguientes:

- Nivel de estrés predominante, principales causas que provocan nuestro estrés, principales estrategias que utilizamos para tratar de controlarlo, eficiencia de estas estrategias y aspectos en los que debemos trabajar para mejorarlas.
- Con esta información podemos pasar a confeccionar un plan de acción que nos permita controlar o reducir los problemas que provocan nuestro estrés y perfeccionar las estrategias que nos han resultado más efectivas para su control.

¿Cuál es tu nivel de estrés?

¿CUÁL ES TU NIVEL DE ESTRÉS?



¿Y las situaciones de gran estrés?

Alexis Lorenzo Ruiz

El ser humano durante todo el proceso de su evolución y de la propia historia de la civilización humana ha estado siempre vinculado de manera estrecha al análisis de qué son, cómo, por qué y para qué acontecen las situaciones estresantes en su más amplio sentido de la palabra en pos de alcanzar una óptima comprensión de estas. Es por ello que son tan diversas y variadas las consideraciones elaboradas al respecto durante cada época histórica con particularidades, que no son tan fácilmente detectables al adentrarnos en los problemas e inquietudes de una población concreta.

Dado que, con anterioridad, se abordaron las particularidades del estrés en cada una de sus dimensiones y cuestiones, el presente artículo se dedicará a la valoración de las *situaciones de gran estrés*. Este tema ha generado múltiples polémicas científicas desde todos los puntos de vista, y no menos abordado en los análisis y discusiones que suelen ocurrir en la vida cotidiana de las personas.

Con vistas a favorecer una comprensión lo más profunda e integrativa del tema se propone una valoración desde una perspectiva psicológica, en pos de ofrecer un conjunto de criterios y regularidades a los cuales se ha llegado posterior a investigaciones y la propia actuación profesional desde la psicología como ciencia y profesión, tanto en Cuba como a nivel internacional.

Situaciones de gran estrés

Las *situaciones de gran estrés* resultan un área muy amplia de situaciones y momentos propios de la existencia humana, las cuales generalmente son abordadas desde diferentes niveles de análisis. Estos niveles de comprensión suelen ser subdivididos en tres, según su magnitud de alcance y especificidad de los aspectos que se abordan. Nos referimos a los niveles de análisis del contexto social: *macrosocial*, *mesosocial* y *microsocial*. Constituyendo en sí tres niveles diferentes —todo el tiempo interrelacionados y a su vez independientes— de funcionamiento de los fenómenos y procesos vinculados al ser humano.

- En el *nivel macrosocial* se habla de aquellas cuestiones donde prima lo de índole más amplio, aspectos generales propios de la etapa histórica del desarrollo, una región, un país; donde las valoraciones se caracterizan por ser muy generales, del tipo de tendencias-manifestaciones posibles de determinados criterios o parámetros que de un u otro modo “norman” su funcionamiento.

- En el nivel contrario, se encuentran los *procesos microsociales*, donde predominan las cualidades individuales y, desde lo psicológico, las variables personológicas.
- Mientras, que hay un nivel intermedio y una especie de puente que los interrelaciona —el *nivel mesosocial*—, donde se observan las cuestiones de del tipo intermedias propias de las organizaciones e instituciones que articulan los procesos que comunican a estos tres niveles como un todo un sistema.

Las personas van a optar en sus análisis de cada una de las cuestiones de la vida cotidiana, y particularmente de las *situaciones de gran estrés*, teniendo como “punto de partida” para darle la prioridad a uno de estos tres niveles, y en dependencia de ello, va a ser la connotación que les asignen.

Conceptualizaciones básicas: Vida cotidiana, situaciones de gran estrés, crisis, emergencias, desastres, catástrofe

Antes de exponer los principales conceptos que generalmente son usados en este contexto, se recomienda tener en cuenta y reconocer los diferentes niveles de la concepción del mundo que nos rodea y de nosotros mismos. Entre los cuales se consideran a los criterios filosóficos, sociológicos, psicológicos, técnico-profesionales, místico, religioso, u otros, según el caso o situación concreta objeto del análisis. Todos ellos se van a armonizar o no a través de las interrelaciones existentes por medio de la concepción que se elaboran desde una ciencia, desde la profesión y también desde las inherentes a la vida cotidiana o sabiduría popular.

Por tales razones, la inmensa mayoría de las personas tiende a establecer un “ANTES” y un “DESPUÉS” de determinados momentos o etapas de su vida cotidiana, con la tendencia a asociarlo todo lo que más tarde le va a ocurrir como si fuese verdaderamente consecuencias y/o la repercusión directa de las situaciones-fenómenos-procesos-problemas-etc., que se convierten en *fuentes OBJETO de sus análisis* catalogadas o establecidas como sus *situaciones de gran estrés*.

Para ello se realiza un recorrido mental que se inicia simbólica e imaginariamente en la vida cotidiana “estable-armónica-feliz”, que al incorporarse en su desenvolvimiento habitual situaciones y/o valoraciones poco a poco estas por sus características-contenidos-formas de repercusión se valoran paulatina o bruscamente como preocupaciones, conflictos y llegan a establecerse como urgencias a cada una de las cuales cada ser humano les da curso al proceso de búsqueda de posibles o no soluciones (gráfico 1).

Ante tales circunstancias, en la inmensa mayoría suele ocurrir que cada persona tiene probabilidades de en un lapso no largo de tiempo encontrar las opciones de posibles “reales” soluciones inmediatas-mediatas, según el caso por sí mismo.

Al observar o entrevistar a las personas en *situaciones de gran estrés*, de manera general describen un momento o etapa de tránsito, como un tiempo típico de una *frontera entre el antes y el después*, a partir del cual ya en el marco de las ulteriores y nuevas condiciones estas superan con creces las posibilidades de comprensión y respuesta de la mayoría de las personas. Se obvia en este tipo de descripciones “al durante o al presente” en que verdaderamente ocurren los procesos o situaciones generadoras de *situaciones de gran estrés* (Gráfico 1).

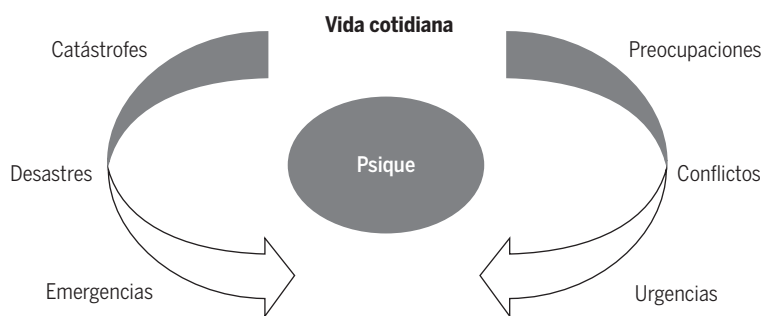


Gráfico 1: Diferentes formas de percepción por las personas generalmente al conglomerado de situaciones de gran estrés.

Aquí estamos en presencia de circunstancias donde las valoraciones de cada una de las cuestiones de índole *eutresante* (estrés positivo) son superadas por las *distresantes* (estrés negativo). Ya a partir de entonces las personas describen a las circunstancias donde se generan situaciones de crisis, caos, conflictos, se perciben y concientizan las diferentes formas de pérdidas, y aquí estamos ante situaciones catalogadas como emergencias por tener que recurrir la persona para una posible solución a la búsqueda de ayuda externa. En tales circunstancias, el nivel de estrés negativo es superior y tienden a mantener esta tendencia de aumento y de muy variadas complicaciones. Este tipo de estrés se interrelaciona con diferentes factores, lo cual varía según su fuente y tipo, además de los conocidos mecanismos de resolución del propio estrés.

Estos factores abarcarían los siguientes tópicos: factores antecedentes, mediadores y de intervención; cambios en los sistemas biopsicofisiológicos de la persona; impacto y variaciones en la percepción de los procesos cognoscitivos de la persona, y factores estresantes como los eventos sociales y psicológicos, así como su significado simbólico (Cohen, Ahearn, 1989: 12).

Frederick (1977), al hablar de los desastres como crisis, no tarda en diferenciar los términos “crisis” y “emergencia”. Una crisis es un periodo crucial, que varía desde minutos hasta meses, en que una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en una emergencia, o sea, una situación con necesidades urgentes y que requiere acción pronta.

En consonancia con ello, resulta importante destacar cinco características que distinguen las crisis en tales circunstancias: una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez; cambios importantes en la conducta; sensación personal de impotencia; tensión en el sistema social y personal del sujeto, y la percepción de una amenaza para la persona (Cohen, Ahearn, 1989: 6).

A lo largo de la historia de la civilización humana ha sido este el camino y modo de análisis de los acontecimientos vitales estresantes y su vivenciación. En este sentido, estamos en presencia de las valoraciones correspondientes a las diferentes amenazas y vulnerabilidades que se relacionan con el hecho concreto objeto de análisis. Donde el incremento exponencial del riesgo, sin la necesaria capacidad de respuesta inmediata, va a conllevar al surgimiento y desarrollo de las situaciones catalogadas como *desastres*.

Los desastres tienen mucho en común con las emergencias y situaciones estresantes antes descritas, siendo su peculiaridad que ya ni las personas ni su entorno van a tener la capacidad de responder y afrontar por sí mismos

sus consecuencias. Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano (Cohen, Ahearn, 1980: 5). Además, la magnitud de las pérdidas como tal va a ser muy superior a cuando estamos en una emergencia.

Aquí se puede establecer una diferenciación etimológica de los conceptos básicos: donde DESASTRE se le define como DIS-ASTRUM (latín): *dis*: negativo o contrario; *astrum*: estrella o astro, hado. Ello denota un suceso adverso (desgracia grande, infeliz, lamentable) ocasionado por los astros, íntimamente relacionado con los dioses, dios o poderes sobrenaturales (Cohen, 1999).

Esta frase y otras muy similares las va a poder escuchar con frecuencia al interactuar con personas que recientemente, o pasado un tiempo, tuviesen diversos vínculos con situaciones de gran estrés. Suele ocurrir, tanto en aquellas donde se conocen sus causas como en aquellas donde no es tan sencillo establecer este tipo de nexos y explicaciones.

A pesar de estar en pleno siglo XXI sigue estando muy presente este tipo de razonamiento al conversar con la persona posterior a una situación de emergencias o desastres, pues inician su conversación previa exposición de sus consideraciones con una mirada hacia arriba (imaginando ver al *astrum*), como si desde allí viniesen las explicaciones-justificaciones o inclusive las necesarias medidas para los posibles culpables de estos fenómenos.

Hay una dimensión (gráfico 1) que pudiese considerarse por las personas vinculadas a estas situaciones como la máxima o magnitud superior posible de impacto a las emergencias y los desastres. Aunque suelen considerarse en ocasiones como sinónimos, estamos hablando de las *catástrofes*, como de aquellos sucesos inesperados que a su vez resultan inevitables y tienen diversas características. Para algunos investigadores, la catástrofe es un evento nefasto, súbito y brutal, que causa destrucción material importante o de la geografía humana, gran número de damnificados y de una desorganización social notables o las tres a la vez. Generalmente se le adjudican niveles superiores de devastación y destrucción (Ventura, 2012: 5).

Cuando este tipo de valoración se hace a nivel *macrosocial*, la persona como tal no se ve ni percibe independientemente de ella, a diferencia de cuando lo plantea desde lo *microsocial* que si se define como el/la principal consecuencia de la situación catalogada como desastre. En menor medida se establecen valoraciones desde un nivel *mesosocial* en este tipo de circunstancias.

A modo de integrar estas conceptualizaciones básicas, se incorpora una comprensión histórica de los desastres, reconocidos como fenómenos reales, que ocurren en el marco de la interacción hombre-naturaleza-sociedad. Comenzándose por la comprensión mitológica y sobrenatural de nuestros ancestros en el decursar de la historia universal, hasta la instauración y prevalencia de la cientificidad de nuestros días. No obstante, hoy coexisten variadas creencias irracionales al respecto en individuos y comunidades concretas.

De manera general se denomina como *desastre* a un acontecimiento o serie de sucesos de gran magnitud, que afectan gravemente las estructuras básicas y el funcionamiento normal de una sociedad, comunidad o territorio, ocasionando víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales, infraestructura, servicios esenciales o medios de sustento a escala o dimensión más allá de la capacidad normal de las comunidades o instituciones afectadas para enfrentarlas sin ayuda por lo que se requiere de acciones extraordinarias de emergencia

(Cohen, 1999; Lorenzo, 2005, 2006; Saenz *et al.*, 2001; Seaman, Leivesley, 1989; Valero, 2002).

De esta definición se desprende que un *desastre no es un fenómeno natural*. Frase muy usual y exagerada en los medios de comunicación masiva. También es usual escucharla, tanto entre profesionales como de las personas en sus expresiones cotidianas. La frase o atributo de "natural" correspondería más bien a todo aquello que tribute a favorecer alcanzar llegar a tener una vida humana, feliz, estable y armónica.

Por ende, aquí se defiende y reafirma que un desastre constituye un fenómeno de posibles consecuencias, cuyo impacto de un determinado fenómeno de origen natural o vinculado a la tecnología sobre una sociedad u otras causas; también de la comunidad y los elementos vulnerables existentes en un territorio dado y/o causados por la actividad humana. Este posible impacto, no es posible verlo ni comprenderlo de modo directo y menos aún mecánico. Corresponde siempre incorporar a este análisis las características del evento, de las personas involucradas.

En esta perspectiva, consideramos que las situaciones de emergencias y desastres desde la óptica psicológica y social deben ser valoradas situaciones típicas con características de *eventos vitales*, los cuales por su peso y las repercusiones que de manera general van a desarrollarse con posterioridad (directa e indirectamente, a corto-mediano y largo plazo) desde lo individual-grupal-familiar-institucional-comunitario, y hasta la mayoría de una sociedad, pueden conllevar a convertirse en una situación crítica-conflictiva-novedosa-desbordante-estresante, etc., en específico, en un *incidente crítico de gran envergadura*. Por las peculiaridades del proceso descrito como *estresogénesis* no siempre en cada individuo-grupo-comunidad en su interrelación con la *situación de desastre* tienen porque llegar a desarrollarse *en consecuencia (directa o indirectamente)* manifestaciones *psicotraumáticas* como *únicas respuestas posibles* del comportamiento humano en desastres (Lorenzo, 2000, 2003, 2006).

Con vistas a homogenizar y sistematizar no solo la conceptualización, sino también la propia actuación humana y de las instituciones, en cada uno de los países se organizan regulaciones de estos fenómenos a través de un marco legal. Estos son refrendados en Cuba en todas las Leyes y Decretos leyes que norman el funcionamiento del Sistema de Medidas de Defensa Civil, cuyo documento legal rector actual es la Directiva no. 1 del presidente del Consejo de Defensa Nacional (CDN) del año 2010. Mientras que en otros países se les denomina a estas entidades Protección Civil, Gestión del Riesgo para Emergencias y Desastres, Comité de Emergencia, etc. siendo el Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil (EMNDC) el órgano operativo más conocido por la población cubana.

A diferencia de otras naciones en Cuba es este un tema que ocupa un lugar preponderante en las acciones del Estado y del Gobierno, donde los principales protagonistas resultan la población, las instituciones, las comunidades, y no de forma aislado esferas o funcionarios especializados como suele ocurrir en otras latitudes. Ello se corrobora con el desarrollo de una cultura de preparación comunitaria para situaciones de desastres, lo cual se destaca y reconoce desde el sistema de Naciones Unidas hasta las más diversas Organizaciones Internacionales vinculadas a estos temas.

El nacimiento y desarrollo que da inicio en Cuba a este campo de actuación desde la psicología resultó ser lo acontecido desde el año 1990 a 2011 que fun-

cionó el Programa de atención médica-psicosocial-educativa y cultural que se le ofreció de forma solidaria a más de 25 000 damnificados por las consecuencias del desastre nuclear de Chernobil (Lorenzo, 2000).

En pos de sistematizar y explicitar los aspectos psicológicos y sociales más frecuentes y propios de esta área, se desarrolló una investigación en todas las provincias de Cuba que permitió recopilar y sistematizar las principales lecciones aprendidas en este campo. Ello permitió elaborar los “Lineamientos para la salud mental en situaciones de desastres en Cuba”, documento conocido como al Instrucción no. 20/2008 del ministro de Salud Pública de Cuba (Lorenzo *et al.*, 2012).

Los conceptos y aspectos descritos son hoy una realidad para este quehacer donde gracias a la labor educativa instructiva, prevalece el incremento tanto de los conocimientos como de las habilidades que permiten estar mejor entrenados y preparados a la población cubana y sus profesionales e instituciones-comunidades para asumir comportamientos adecuados en situaciones de gran estrés, como lo son las emergencias y los desastres.

Impacto y repercusión psicosocial emergencias y desastres

Las situaciones de desastre —ejemplo de situaciones de gran estrés— como cualquier otro suceso capaz de modificar y cambiar la vida humana en general, necesitan de un abordaje integral hoy más que nunca antes por su alta frecuencia y la magnitud de sus consecuencias y daños para el ser humano y el medio ambiente.

Históricamente la mayor cantidad de informaciones y publicaciones referentes a los efectos de los desastres, se han centrado alrededor de los problemas de la salud humana. En los cuales las actividades de los diferentes profesionales propician la inclusión de la dimensión biopsicosocial del proceso salud enfermedad, lo cual está enmarcado en la ampliación experimentada en el *concepto general de SALUD*.

Todo ello está condicionado, al menos en las siguientes tres condiciones: 1. Desarrollo del conocimiento biomédico y técnico aplicado a las emergencias y los desastres, con una tendencia hacia búsqueda de opciones para lograr la reducción de las enfermedades infecto-contagiosas y la disponibilidad para cubrir objetivos más ambiciosos; 2. El fracaso de los sistemas sanitarios, educacionales, u otros que no cubren las demandas y expectativas de las comunidades, por su concepción restrictiva y descontextualizada de las necesidades básicas en situaciones “normales” y de “emergencias”; 3. La posibilidad real de comprender mejor las variables psicológicas y sociales que subyacen a los problemas de salud en las emergencias y los desastres.

De manera que en estos momentos la situación de los desastres y las correspondientes interrogantes al respecto van a estar predeterminadas por la necesidad de valorar en cada individuo-grupo-familia-escuela-institución, comunidad y región, al respecto sus “mitos y realidades”. Los cuales, en la etapa actual podrían ser resumidos de la manera siguiente: Los rápidos cambios socioeconómicos a nivel mundial, sobre todo el incremento de la pobreza. El funcionamiento familiar y en todo el bienestar psicosocial. Los sistemas tradicionales de apoyo psicosocial y las intervenciones de especialistas en temas de salud mental y de otras afines. Las capacidades de comprensión y afrontamiento a las situaciones críticas en lo individual comunitario y hasta los más profundos y masivos niveles en cada sociedad. Especialmente, el carácter

reciente de la introducción y aceptación de los factores psicoemocionales en las actividades vinculadas a las emergencias y los desastres (Lorenzo, 2003).

Ecuación del psiquismo en situaciones de gran estrés

Con vistas a favorecer una mejor y más profunda comprensión del comportamiento humano en este contexto, consideramos posible integrar la gran cantidad y diversidad de manifestaciones posibles siguiendo el análisis exhaustivo de la *Ecuación del psiquismo en situaciones de desastre*. La cual estructuramos a través de la descripción y comprensión en profundidad de sus CINCO COMPONENTES:

1. **EL/LOS EVENTOS:** todas aquellas situaciones que se generan y por sus características pueden llegar a ser situaciones de gran estrés tipo emergencias y desastres. Estas pueden ser de diferentes tipos, según su origen (por las posibles amenazas de tipo natural, tecnológico y/o sanitaria); por su forma de aparición, desarrollo, la magnitud de los daños, etcétera.
2. **EL/LOS INDIVIDUOS:** los sujetos que se interrelacionan directa-indirectamente con los eventos, según las diversas variables sociodemográficas (edad, sexo, raza, escolaridad, profesión), experiencias previas, participación directa en los sucesos, etcétera.
3. **EL ENTORNO:** todos los aspectos inherentes al medio donde ocurren los sucesos, aquí un rol protagónico corresponde a los grupos sociales, en especial a la familia, las instituciones, y cada día más a la comunidad por su carácter aglutinador.
4. **EL PATRÓN DE RESPUESTA:** a la posibilidad de desarrollarse un conjunto de manifestaciones y repercusiones directas e indirectas físicas-biológicas psicológicas-sociales-medioambientales-espirituales u otras, según el caso, entre las personas relacionadas con estas situaciones de gran estrés.
5. **LOS PROGRAMAS:** considerado el elemento más importante de esta *Ecuación*, por ser el factor facilitador de la integración y sistematización de la información-características todos y cada uno de los factores participantes (en mayor o menor medida, directa y/o indirectamente) en las múltiples cuestiones que surgen y se tornan muy complejas antes-durante-después de las emergencias y de los desastres como ejemplo de *situaciones de gran estrés* (Lorenzo, 2005, 2005 a, 2007, 2009, 2017).

Estamos ante un proceso donde se reconocen en cada caso a los *factores de riesgo y delimitadas vulnerabilidades* de diferente tipo (a nivel individual-grupal-institucional-comunitario y de todo un país inclusive), estos no se van a activar y actuar de modo automático ante la ocurrencia de situaciones de gran estrés. Pues al analizar este tipo de *situaciones* existen suficientes evidencias científicas a favor de complejas interrelaciones entre los factores de riesgo con otro grupo de cuestiones.

Nos referimos aquí a los *factores protectores* como el conjunto de comportamientos que habitualmente optan por llevar a cabo las personas porque les resultan ser los más adecuados y coherentes con los acontecimientos. Este último grupo de factores se interrelaciona y nutre de la *resiliencia humana*, que es aquella capacidad y habilidad humana con ayuda de la cual generalmente se les facilita a unas personas más que a otras potenciar y/o estimular

a sus propios recursos con vistas en el más corto periodo de tiempo y superior capacidad adaptativa-readaptativa comprender-afrontar-solucionar las situaciones críticas de su vida.

En la bibliografía especializada se le conoce a esta forma de pensar como el *Ciclo Vital de los Desastres* o *Ciclo de Reducción de los Desastres* donde, como se puede observar en la tabla 1, a cada etapa corresponden funciones específicas, corroborándose ya en la actualidad un tránsito de la cultura de la respuesta postdesastre al trabajo preventivo en el ANTES.

TABLA 1: FASES DEL CICLO DE REDUCCIÓN DE LOS DESASTRES Y ACTIVIDADES PRINCIPALES EN CADA UNA DE ELLAS

ANTES "PRE-IMPACTO"	DURANTE "IMPACTO"	POST-DESASTRE "POST-IMPACTO"
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Promoción • Planificación • Capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta • Emergencia • Salvamento • Rescate (0 a 96 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación (96 horas a 3 meses) • Reconstrucción (3 meses a 2 años) • Recuperación (a partir de dos años hasta tanto se concluyan los procesos en curso) • Readaptación (va a depender de las interacciones entre los elementos de la ecuación del psiquismo en este tipo de situaciones)

Un número determinado de personas en tales situaciones acorde a los indicadores descritos va a estar en la potencialidad de desarrollar las más diversas formas de reacción física-biológica-psicológica-social. Las evidencias muestran que cuando una situación de gran estrés se considera un evento traumático causado por una intención humana, sus efectos resultan ser más perjudiciales y revisten una duración más prolongada que cuando no es el caso (Galindo, 2010).

Tal es el caso de personas que vivencian la guerra, actos terroristas (ejemplo, lo acontecido durante el 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, EE. UU. y el 11 de marzo de 2004 en Madrid, España). Igualmente, describen este tipo de impactos integrantes de *Equipos de Primera Respuesta* que participaron en eventos críticos de gran envergadura, como fue durante todo el trabajo desplegado por parte de los equipos de ayuda durante la emergencia del terremoto, en enero de 2010, en Haití. Con idéntica frecuencia se observa entre los damnificados a quienes correspondió estar presentes en el proceso de identificación de cadáveres a consecuencia de huracanes, intensas lluvias o inundaciones costeras.

Muchos autores en este sentido abordan y describen un fenómeno muy peculiar que se observa desde lo psicosocial en este tipo de situaciones de gran estrés. Siguiendo a Erickson (1976) el surgimiento a nuevos problemas como resultado de la desorganización social causada por el desastre se le denomina como al "Segundo desastre". Aquí se resalta la alta incidencia de la incompetencia de las organizaciones implicadas para lidiar con las tareas urgentes de asistencia y reconstrucción que impone un suceso de este tipo. Lo cual significa que los efectos destructivos del fenómeno pueden multiplicarse debido a la incapacidad de las instituciones para dar en el momento preciso una respuesta adecuada a las necesidades prioritarias acorde al caso (Cohen, Ahearn, 1989; Lorenzo, 2000, 2005; Saenz *et al*, 2001; Valero, 2002; Ventura, 2012). En consecuencia, es imprescindible reducir las dimensiones de este "Segundo desastre" a través de una preparación adecuada de las instituciones y de la educación de la población (Galindo, 2010).

Ante una situación de gran estrés cada persona-grupo- institución y/o comunidad van a tener repercusión e impactos psicológicos semejantes de diversa índole-magnitud y profundidad, siguiendo lo discutido hasta el momento acorde a los elementos integrantes de la *Ecuación del psiquismo*, con sus particularidades ante la ocurrencia de cada uno de ellas.

Se activan y funcionan de modo muy variado los mecanismos de defensa, acto humano legítimo y muy común en tales circunstancias. Este tipo de manifestación se observa con mayor frecuencia durante las primeras horas y entre tres a siete días posterior a la ocurrencia de estas situaciones.

Ello se explica, pues para algunas personas-instituciones-comunidades-países, el estar más frecuentemente vinculados e interrelacionados con un conjunto de situaciones de gran estrés les va a favorecer sistematizar y elevar *conscientemente* sus niveles de preparación y capacitación en relación a este tipo de situaciones. Siendo este comportamiento un reflejo general y habitual de la capacidad adaptativa y su carácter adecuado o no tanto durante o posterior a este tipo de situaciones. A este comportamiento el denominamos *Entrenamiento Histórico Cultural* (Lorenzo 2000). El cual como se observa es una configuración en nada ajena y aislada, por el contrario, muy interrelacionada con todos los elementos de la *Ecuación del psiquismo* para cada caso objeto de análisis.

Para su mejor comprensión y clarificación, en el campo de los desastres, si Usted ha vivido los últimos cincuenta años en la provincia del occidente cubano de Pinar del Río, de uno u otro modo su nivel de *Entrenamiento Histórico Cultural* será superior en el campo de los huracanes en comparación con otra persona procedente del Oriente cubano. En cambio, si fuese Usted una persona que ha vivido siempre en la ciudad de Santiago de Cuba, su posibilidad de activar y utilizar su *Entrenamiento Histórico Cultural* al máximo posible será en caso de un sismo, al ser este evento mucho más visible y potenciador de una conducta adaptativa y adecuada acorde a la preparación histórica que la persona posee con relación a estas situaciones.

Resulta oportuno destacar, que como durante todo proceso humano las diferentes *situaciones de gran estrés* son únicas e irrepetibles por su forma y contenido, esencia y fenómenos asociados. Por ende, los niveles alcanzados de *Entrenamiento Histórico Cultural*, será una condición favorecedora de la adaptación-readaptación humana, nunca una garantía absoluta.

No obstante, vale la pena recordar que, ante una situación novedosa y compleja, inclusive de máximo riesgo para la vida, cada ser humano estaría en la capacidad de comprensión-afrontar y readaptarse en dependencia de una amplia gama de factores. Sin embargo, la improvisación y espontaneidad en tales circunstancias, no es recomendada como la opción a tener como principal recurso.

¿De cuál impacto o repercusión posible con mayor frecuencia de aparición estamos hablando en caso de situaciones de gran estrés?

La primera respuesta a esta interrogante consiste en explicitar que **TODO COMPORTAMIENTO HUMANO EN TALES CIRCUNSTANCIAS ES NORMAL**. ANORMAL resultan las condiciones en el marco de las cuales el ser humano debe activar, adoptar, concientizar los CAMBIOS que están por ocurrir o ya se perciben *in situ* en curso y en correspondencia ser capaz inclusive de establecer los pronósticos lo más acertada-adequadamente posible acorde a la situación concreta que se desarrolla.

Tal respuesta puede impresionar, a primera vista, desacertada y exagerada al lector, pero es un resultado, tanto de la vida cotidiana como del quehacer científico en este campo. Hallazgo que se refrenda en los planteamientos antes expuestos. A continuación, ampliamos con descripciones de investigaciones y de la propia práctica profesional.

Se ha utilizado un vasto número de términos para describir las respuestas psicológicas y sociales de los damnificados ante los desastres. Seaman, Leivesley, Hogg (1989: 97), posterior a la revisión de 2000 títulos de bibliografía, identificaron más de 160 términos diferentes, donde la depresión fue el vocablo más citado. A continuación, en la tabla 2, un listado de algunas manifestaciones que pueden observarse en personas adultas, según un grupo de expertos de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS, 2002: 24):

TABLA 2: LISTADO DE MANIFESTACIONES A OBSERVARSE EN ADULTOS DURANTE LOS DESASTRES

<ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo o ansiedad • Tristeza o llanto • Culpabilidad por haber sobrevivido • Ideas de suicidio • Fatiga • Problemas para dormir o descansar • Confusión para pensar y/o problemas de concentración • Problemas de memoria • Disminución de higiene personal • Cambios de hábitos alimenticios • Pérdida de confianza en uno mismo • Recuerdos muy vivos del evento • Culpar a los demás • Frustración • Desorientación en tiempo o lugar • Sentimiento de impotencia • Uso excesivo del alcohol y/o drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas con el trabajo y la familia • Enojo y/o irritabilidad • Inseguridad • Necesidad de estar solo • Crisis de miedo o pánico • Disminución en la resistencia física • Dificultades para retornar al nivel normal de actividad • Sentirse aislado o abandonado • Sentirse frío emocionalmente • Sentirse abrumado • Intensa preocupación por otros • Náuseas • Dolores de pecho y/o cabeza • Temblores musculares • Dificultad para respirar • Palpitaciones o taquicardia • Aumento de la presión sanguínea
---	---

Resulta importante y oportuno insistir que no todos los individuos que pasan por estas situaciones de gran estrés llegan a sufrir de trastornos, lo cual indica la existencia de vulnerabilidades y de otras variables que propician la aparición de posibles perturbaciones. Entre las variables significativas están la existencia o no de una red de apoyo social y la edad en se sufre el daño. La ausencia de una red social (adecuada y sustentable) hace más probable que el individuo en esta situación desarrolle claros problemas de salud física y/o mental. En cuanto a los niños que presencian este tipo de eventos tienen mayor probabilidad de padecer alteraciones durante la vida adulta (Cohen, Ahearn, 1989; Galindo, 2010; Lorenzo, 2000, 2012; OPS, 2002; Valero, 2002).

Este tipo de posible repercusión de las situaciones de gran estrés son evaluadas con ayuda de diferentes metodologías, principalmente de tipo cualitativo descriptivo, otras cuantitativas, en su inmensa mayoría asociadas o como parte de las Escalas de Evaluación de Daños y Necesidades (EDAN). Donde, desafortunadamente, aún hoy por diversas causas ajenas al objetivo de este material, resultan reflejadas de manera insuficiente las actuales consideraciones teórico-metodológicas que ofrecen concepciones sólidas y más acertadas del comportamiento humano en situaciones de gran estrés.

Síntomas de estrés postraumático

Sobre esta base consideramos práctico, la delimitación de las personas y comunidades, quienes de un u otro modo se interrelacionan en situaciones de gran estrés, como las emergencias y los desastres en las siguientes subcategorías:

- A. **IMPLICADOS:** aquellos quienes por diferentes razones se relacionan con la zona/área y personas específicas del desastre.
- B. **AFECTADOS:** estos reciben (potencial y realmente) diferentes formas/vías y manifestaciones del impacto; sin embargo, no llegan a ser damnificados porque la magnitud del impacto no llega a desarrollar las sintomatologías psicopatológicas descritas en los manuales; y sobre todo el personal de la salud y cada estudiante de Psicología deben tener la máxima precisión con relación a sus propios conocimientos/recursos y habilidades, de forma tal que les favorezca llegar a una comprensión y afrontamiento adecuadamente de estos sucesos en un mínimo período de tiempo (Lorenzo, 2007).
- C. Cualquier persona en situaciones de desastres puede llegar a convertirse en damnificado como posible respuesta ante estos eventos. Sin embargo, en la época actual por las razones de la globalización, el acelerado desarrollo de las comunicaciones, el Internet y otras vías modernas de comunicación, a diferencia de nuestros ancestros, a diario estamos recibiendo informaciones y conocimiento-contacto (tanto directo como indirecto) con demasiados sucesos de emergencias y desastres, y, por consiguiente, vivencias del sufrimiento humano que ellos generan. Inclusive, es sabido que en ocasiones son fenómenos procedentes de geografías y culturas nada en común con las nuestras, pero el impacto psicosocial sobre muchas personas es real.

Algunos *damnificados* sufren más que otros, lo que depende de varios factores relacionados. Son particularmente susceptibles de reacciones físicas y psicológicas ante un desastre, quienes: son vulnerables como resultados de vivencias traumáticas previas; están en riesgo a causa de enfermedades recientes; experimentan estrés y pérdidas graves; pierden sus sistemas de apoyo social y psicológico, y carecen de habilidades para la resolución de problemas (Cohen, Ahearn, 1989: 9).

Son considerados como los *grupos de personas de mayores riesgos/vulnerabilidades* ante situaciones de gran estrés a los niños-adolescentes y jóvenes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y/o enfermedad física o mental, grupos-etnias subculturales o marginales, personas de la tercera edad.

Una cuestión aun polémica, la cual recientemente se hace más visible consiste en aceptar que los diferentes *Equipos de Primera Respuesta* que actúan en situaciones de gran estrés, también pueden ser catalogadas como *personas de mayores riesgos/vulnerabilidades*. Ello está refrendado por el incremento de problemáticas y complicaciones asociadas que son detectadas posterior a su actuación entre los integrantes de Cuerpos de Bomberos, emergencistas, socorristas, comunicadores sociales u otros grupos de profesiones-voluntarios que cada día en mayor medida participan directamente en este tipo de situaciones. Incluso llegan a ser causa directa de procesos de peritaje médico legal e invalidez profesional. Se suma a ello las investigaciones que demuestran cada vez una mayor presencia de manifestaciones de *estrés traumático secundario*

asociado a situaciones de gran estrés entre los *Equipos de Primera Respuesta* en comparación con la población que convive en esos territorios afectados por emergencias y desastres (De la Yncera, 2012, Lorenzo, 2011, 2012; Saenz et al., 2001; Ventura, 2012).

Por ello se requiere máxima atención para llegar a comprender, que, al visitar personas y comunidades inmersas en este tipo de situaciones, vamos a detectar de manera general una amplia gama de posibles combinaciones de sus inquietudes, criterios, conflictos, alteraciones, manifestaciones, etc. Las cuales no constituyen necesariamente trastornos o enfermedades mentales asociadas como se exponen en los diferentes *Manuales Internacionales de Clasificación de los Trastornos o Enfermedades Mentales* (CIE 10, DSM IV, DSM 5, GC-3, GLADP).

Requieren estas observaciones una mayor atención por parte del público y de los sistemas de formación y decisores vinculados al tema. Pues, se siguen encontrando evidencias en la práctica del socorrismo & actuación profesional, llamativos y contundentes resultados de investigaciones que destacan una mayor preocupación y ocupación por la repercusión a nivel del tejido psicosocial en emergencias y desastres entre los *Equipos de Primera Respuesta*. Cuya naturaleza no llega a ser propia ni típica del conocido *Síndrome del Estrés Post Traumático* (SEPT), más bien una amplia gama y diversa de manifestaciones clínicas, psicológicas y sociales; las cuales requieren de mayor estudio y atención por parte de la comunidad científica (Lorenzo, Guerrero, 2017).

Modos de acompañamiento y atención psicosocial

Debe quedar claro que a las personas u otros entes sociales vinculados a situaciones de gran estrés no necesariamente, como ha sido descrito antes, va a requerirse de organizar *a priori* las a diferentes formas de apoyo y/o sostén psicosocial más que de conformar estructuras capaces de ofrecer una atención clínica psicológica en el sentido habitual que se le atribuye a esta.

Al comprender las múltiples interrelaciones existentes entre los factores de riesgo/vulnerabilidades y los factores protectores/resiliencia humana siguiendo la lógica descrita en la *Ecuación del psiquismo*, y en cuanto al *Entrenamiento Histórico Cultural* en situaciones de gran estrés, cada vez resultan mayores las cantidades de personas con la posibilidad y alta probabilidad de adaptarse y/o readaptarse, lo más adecuada y rápidamente, posterior a la ocurrencia de este tipo de fenómenos, en lugar de la planteada "representación social" de que va a prevalecer el traumatismo y/o otros procesos propios de problemas graves de la salud física o mental.

Por ello para lograr la *integración en lo psicosocial* entre los damnificados y sus comunidades y/o otras instituciones inmersas en las situaciones de gran estrés DEBEMOS:

- Experimentar bienestar, sentirse motivados hacia la vida, con intereses definidos hacia actividades y personas concretas.
- Ser capaces de autorregularse a partir de una cultura sanitaria afectiva.
- Expresar un modo de vida sano, donde las actividades concretas que se realicen ayuden al proceso de optimización de las funciones somáticas y psíquicas, sintiéndose el sujeto implicado en ellos.
- Que el estado actual de salud física y mental (individual, social) represente un momento esencial de la optimización futura de los mecanismos y pro-

cesos implicados en la salud humana, tanto en las situaciones de emergencia y desastres u otras de gran estrés como las cotidianas (Lorenzo, 2003).

Lo cual exige que la CIENCIA PSICOLÓGICA aplicada a estas circunstancias tenga en cuenta al menos los siguientes aspectos:

- Abordaje sistémico, integral y en su complejidad.
- La individualidad de cada caso y situación.
- El carácter dinámico y procesal de las situaciones y del desenvolvimiento de los individuos.
- Determinación de la durabilidad de las acciones en salud y de todo tipo.
- La continuidad, seguimiento e interacción entre todas las acciones y los participantes en su desarrollo.

Para ser coherentes con esta concepción del comportamiento humano en situaciones de gran estrés, la modalidad principal de apoyo a las personas y otras entidades sociales, la denominaremos "ACOMPANIAMIENTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL", pues al ser UN COMPORTAMIENTO HUMANO NORMAL ANTE UNA SITUACIÓN ANORMAL, lo que se requiere para la inmensa mayoría de las personas no es de una atención ni otros tipos de intervenciones especializada. De este modo se amortiza y minimiza a la mayor cantidad de manifestaciones biopsicosociales que suelen acontecer en tales circunstancias, teniendo en cuenta que por los mecanismos habituales apenas una cantidad entre 20-25 % va a continuar desarrollando posibles alteraciones de mayor gravedad y perdurabilidad. Mientras, el resto de la población, con sus propias redes de apoyo y recursos va a ser capaz de generar los recursos y procesos potenciadores de una adaptabilidad lo más adecuada-coherente y accesible en este tipo de situaciones.

Participan en estos sistemas de afrontamiento una amplia cantidad de procesos y factores, los descritos, las representaciones sociales y una amplia y compleja cantidad de otros aquí no mencionados por razones de tiempo y espacio (Aguayo, López, Lorenzo *et al.*, 2016; Aguayo, López, Lorenzo *et al.*, 2016a; Pell del Río, Lorenzo, Torres, 2017).

Este tipo de análisis y valoraciones fueron muy coherentes en Cuba durante los acontecimientos vividos durante los fuertes impactos a 93 % de la geografía nacional cuando el país quedó devastado a consecuencia del paso de tres huracanes intensos: Gustav, Ike y Paloma durante la temporada del año 2008. Donde, si bien fue protegida la vida humana, los objetivos económicos y el medio ambiente, no en todos los territorios fueron idénticos los comportamientos adecuados y los niveles de preparación en situaciones de desastres fueron congruentes con estos criterios.

También se aplican estos preceptos durante las actividades de acompañamiento psicológico y social desarrolladas cuando sucedieron los huracanes Sandy, en 2012 en la ciudad de Santiago de Cuba, y el Irma en 2017. Asimismo, durante el accidente de avión ocurrido en Boyeros, La Habana, el 18 de mayo de 2018 y durante el Tornado del 27 de enero de 2019, que azotó a varios municipios de La Habana.

Pues si prestamos atención a lo que acontece en nuestro medio, la cantidad de personas que han desarrollado trastornos mentales y/o otras complicacio-

nes de índole psicológico, vamos a percibir un número muy pequeño; si muy inferior al que la lógica “*común y cotidiana*” nos infiere.

En el gráfico 1 se observan las posibles formas de evolución de las situaciones de gran estrés, ante cada nueva situación se activan los aprendizajes (los correspondientes niveles de *entrenamiento histórico cultural*) propios de cada persona-grupos-instituciones-comunidades que previamente fueron elaborados-preparados-entrenados-sistematizados en el ANTES del evento. Además, los psicólogos y otros grupos de profesionales —a quienes corresponderían ofrecer estas ayudas al ocurrir situaciones de gran estrés—, a diferencia de la vida cotidiana y condiciones habituales donde unos son los USUARIOS (las personas que solicitan diferentes formas de ayuda profesional) y otros sus PRESTADORES DE SERVICIOS (quienes corresponde ejecutar estas ayudas), aquí todos están en igualdad de condiciones, inmersos en las complejíssimas interrelaciones de la Ecuación del Psiquismo.

Reconociendo y aceptando siempre la presencia de la generación de estrés, con tendencia al equilibrio o desequilibrio en dirección o no a la *estresogénesis de estrés positivo*, o, por el contrario, la posibilidad de la *psicotraumatización (o generación de estrés negativo)*. Insisto, tanto para USUARIOS como para sus PRESTADORES DE SERVICIOS.

En Cuba todas estas consideraciones y acciones están refrendadas en el marco legal que se sustenta el Sistema de Medidas de Defensa Civil (Directiva 1 CDN, 2010), articuladas de un modo mucho más didáctico y estructurado para su ejecución en los *Lineamientos de la salud mental para situaciones de desastres* diseñados durante el período 2001 al 2007, aprobados el 30 de septiembre del año 2008; y donde se demostró su pertinencia y confiabilidad durante el proceso de recuperación posthuracanes desde septiembre de 2008 al 2009, en los territorios afectados (Amaro, Lorenzo, 2017; Lorenzo *et al.*, 2012). Por esta razón es que a nivel internacional se exige en términos de prevención que en cada lugar recomiendan medidas básicas y universales, con un énfasis mayor a su aplicabilidad en la base, en las propias comunidades como escudo protector por excelencia (Galindo, 2010; Lorenzo, 2003, 2005, 2011; Ventura, 2012).

De modo que se preparen y estén aptos en las instituciones y comunidades (principalmente las catalogadas de mayor riesgo/vulnerabilidad ante determinados eventos) la mayor cantidad posible de personas en el manejo óptimo de las siguientes habilidades psicosociales:

- Un adecuado entrenamiento en lo psicosocial en desastres.
- Asesoría en técnicas anticrisis; tamizaje e identificación de personas que requieran tratamiento en salud mental.
- Manejo de estrés y estrategias de superación.
- Además de habilidades para escuchar sensible y activamente.
- Satisfacción con el uso de métodos como la participación en reuniones comunitarias, trabajo con personas en sus casas, escuela, centros comunitarios de salud mental, empresa, negocios, iglesia, más que en los propios consultorios. Conocimientos de la cultura, estructura y recursos de la comunidad.

En este sentido, vamos a establecer como los principales objetivos fundamentales de este *ACOMPANAMIENTO desde la PSICOLOGÍA* ante la ocurrencia de *situaciones de gran estrés*:

- Restaurar la capacidad de los damnificados y socorristas para la comprensión y afrontamiento adecuado y efectivo de las situaciones estresantes en que se encuentran.
- Brindar ayuda para el reordenamiento y la reorganización de su mundo mediante la propia interacción social.
- Colaborar con otros grupos u organismos especializados, quienes también brindan apoyo y ayuda a los damnificados.
- Identificar la especificidad de las sintomatologías psicosociales y del carácter de sus relaciones con el desastre como un proceso en desarrollo (Lorenzo, 2003).

En esta concepción las diferentes formas de acompañamiento psicosocial las vamos a estructurar en el mismo sentido que el *Ciclo vital de los desastres*:

- En el ANTES: la principal forma consiste en la sistematicidad, profundidad y científicidad de todas las actividades dirigidas a la *preparación psicosocia* —en armonía con las otras formas de preparación— acorde a los resultados de las investigaciones de la gestión del riesgo para cada tipo de situación en concreto. Así se generan los necesarios resortes motivacionales y conforman los mínimos recursos psicosociales con que en el momento oportuno cada persona podrá accionarlos y no tener que estar a la espera de la ayuda de “afuera”. Siendo aquí la prioridad principal el establecer programas que permitan preparar a la mayor cantidad de personas en temas de Primera Ayuda Psicológica y Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), como una forma muy eficiente de contención, de control y de minimización de los impactos posteriores a nivel psicosocial. Para ejecutar con calidad y adecuación esta modalidad de ayuda no se tiene que ser profesional, la idea y práctica ya existente en el mundo es que cada persona debe estar capacitada en estas habilidades de PAP. Un ejemplo en ese sentido lo constituyen los programas comunitarios que internacional y nacionalmente desarrolla el Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja.
- Previo al DURANTE: se activan los sistemas de alerta temprana (muy conocidos en Cuba en el campo de la prevención y educación para afrontar los huracanes), existe un conjunto de técnicas denominadas *briefing* o preparaciones tipo activaciones operativas que se interrelacionan con lo que va a acontecer en breve. Tiene como objetivo una psicoprofilaxis que facilita activar los recursos imprescindibles e indispensables para cada situación.
- En el DURANTE apenas se actúa y lo principal es proteger la vida, salvamento y rescate, con sus matices en dependencia del tipo de situación.
- En el POSTERIOR A: siguiendo lo descrito las poblaciones más preparadas tienen preconcebidos diferentes esquemas de activación y cohesión comunitaria (como también existe en determinadas instituciones, como industrias o empresas de alto riesgo) para al dejar de haber peligros inminentes para la vida, cuanto antes comenzar a actuar en función de los daños y prioridades de las necesidades a dar satisfacción. Principalmente, se han diseñado para ofrecer este tipo de acompañamiento a los Equipos de Primera Respuesta con el uso adecuado y preciso de las Técnicas de Desmovilización, Desactivación, diferentes técnicas y procedimientos an-

tiestrés, la Educación Popular, la Educación para la Salud, etc., ya pasado un tiempo de *briefing* o psicoterapia especializada, para atención a los posibles impactos ante este tipo de eventos. Así como todo el amplio arsenal de saberes de las personas y su comunidad para comprender-afrontar lo más adecuadamente posible los sucesos asociados a la situación de gran estrés.

Por tales razones, las LECCIONES APRENDIDAS aportan a nivel de América Latina algunas pautas generales para este tipo de actividad:

1. Esforzarse por proveer ayuda inmediata a los afectados.
2. Establecer conciencia de la necesidad de contextos seguros.
3. Enfatizar en el retorno a la “normalidad” lo más pronto posible, evitando la re-victimización y favoreciendo un ambiente propicio para la intervención psicológica.
4. Establecer equipos de intervención interdisciplinarios y formados con elementos autóctonos, bien entrenados y obviamente familiarizados con la cultura local. Estos equipos pudieran ser provistos de los recursos necesarios para trasladarse a diversas áreas y ser autosuficientes (OPS, 2002: 17).

Las TAREAS CONCRETAS a realizar para lograr todos estos OBJETIVOS en las diferentes modalidades de ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO aquí serían:

- Saber establecer contacto con todos los participantes, sobrevivientes y damnificados (independientemente, de sus niveles de afectación asociado al desastre).
- Establecer el contacto físico y la empatía, la ventilación emocional, expresión de sentimiento y el relato de los sucesos.
- Dar información ampliada y objetiva a los damnificados y su comunidad; especial atención a los sobrevivientes, pues esto disminuye los sentimientos de indefensividad y la ansiedad.
- Facilitar la comunicación integral con los familiares y seres afectivamente importantes.
- Orientación sobre las actividades futuras. Informar sobre las posibilidades de solicitar ayuda.
- Transmitir esperanzas y optimismo (Lorenzo, 2005, 2005a, 2007, 2009, 2017).

En este sentido se puede establecer cuáles serían las METAS A CUMPLIR:

1. Proveer información sobre el incidente y las reacciones al personal y a la comunidad con la mayor inmediatez posible.
2. Brindar amplia comunicación sobre las reacciones de tensión, el manejo del estrés, así como sobre los servicios de apoyo disponibles.
3. Reducir rápidamente la intensidad de las reacciones de un evento traumático.
4. Dar oportunidad al descanso y la alimentación, antes de incorporarse de nuevo a los deberes habituales en desastres.
5. Mitigar el impacto del incidente.

6. Fortalecer la red social del grupo y reducir sentimientos de singularidad.
7. Establecer expectativas positivas sobre el futuro y fortalecer el valor del personal y toda la comunidad.
8. Evaluar el bienestar de todos los involucrados en el desastre para determinar las necesidades de seguimiento. (Lorenzo, 2005, 2005a, 2007, 2009, 2017).

Ello está en sintonía con la lógica de la apreciación de Pineda, López (2010), al destacar que los efectos de los desastres son tan múltiples como sus causas; lo cual indica que los esfuerzos en la formulación de modelos de intervención sobrepasan los primeros auxilios y se extienden en el tiempo y en la profundidad. Principalmente en aquellos contextos donde no existen los necesarios y suficientes niveles de preparación psicosocial —lo cual significa bajos niveles de entrenamiento histórico cultural— para afrontar este tipo de situaciones, como acontece en Cuba.

De lo antes expuesto, se desprende la necesidad de crear programas especializados para el trabajo en *situaciones de emergencias y desastres como situaciones de gran estrés*, y no continuar con el habitual enfoque reactivo de trabajar apenas un temporal-transitoriamente en el postdesastre, principalmente acometiéndose este tipo de actividades muchas veces por entes externos a las comunidades, en detrimento de las actividades preventivas-educativas de capacitación previas necesarias en estos temas.

Al respecto, el investigador y prestigioso intelectual y científico cubano, el profesor Dr. Ricardo González Menéndez (2012) recomienda que la prestación de ayuda interpersonal psicológica en este tipo de situaciones, para poder desarrollar la psicoterapia con víctimas de desastres, tenga exigencias extras que deben tenerse presentes para garantizar el éxito de las gestiones integrales a desarrollar. Ellas son:

- Elevada capacidad empática.
- Actitud comprensiva.
- Potencialidades para el modelaje asertivo.
- Disposición incondicional de ayuda.
- Establecimiento urgente de una red de apoyo.
- Concepción del equipo de salud ampliado con multiplicadores.
- Técnicas grupales siempre que sean posibles.
- Manejo inspirativo de la desesperanza.
- Sensibilidad humana; Madurez, genuinidad y consistencia.
- Capacidad de compasión e involucración.
- Entrega sin límites.
- Desprendimiento material.
- Control permanente de la comunicación.
- Atención constante a la retroalimentación.
- Apremiar la satisfacción ante el deber cumplido.
- Un alto grado de humanismo; una elevada espiritualidad; un profundo eticismo (González, 2012: 55-58).

La práctica profesional de trabajo desarrollada, tanto en Cuba como en la ayuda solidaria en otros países hermanos nos permitió elaborar la propuesta de un *modelo de intervención psicológica* específico, el cual hemos denominado

“Modelo intensivo interactivo de organización de la ayuda psicológica” (Lorenzo, 2000, 2003, 2005).

Este consiste en la *incorporación* a tiempo completo, integral, con igualdad, respeto y carácter activo de los programas psicológicos, en el quehacer y desarrollo de todos y cada uno de los programas, en los diferentes niveles y estructuras en las emergencias y desastres. *La intensidad* está dada por el déficit de tiempo para poder realizar las actividades de preparación e intervención psicológica en estas situaciones críticas, y consiste en la búsqueda de los intercambios e interrelaciones constantes e ininterrumpidas entre la totalidad de las actividades a realizar. Dicha intensidad deberá tener un carácter dinámico y desarrollarse en el marco del propio *proceso integral de intervención*. Con el objetivo de dirigir a los procesos de intervención psicológica, este deberá tener un *carácter interactivo*, el cual se manifiesta a través de las relaciones bilaterales mutuas típicas de la ayuda profesional psicológica. Tal y como planteamos anteriormente, en nuestro criterio, el principio rector debería serlo siempre la amortización.

Desde el *punto de vista teórico* en el modelo prevalecen los resultados contemporáneos de la *terapia cognitivo conductual* y, en particular, los procedimientos basados en el *enfoque de procesamiento de la información, la resolución de problemas, las técnicas de relajación-hipnosis y autohipnosis eriksoniana, psicodrama, juego, pictoterapia, terapia familiar sistémica, entre otros*. Siguiendo estas ideas y experiencias para nosotros el marco teórico del diseño, implementación, validación, desarrollo y evaluación de los programas de preparación psicosocial en temas de desastres tiene que ser necesariamente de carácter científico y con una plena interacción con *la sabiduría y el saber popular en desastres* y otras *situaciones de gran estrés*. Unido a ello, demostrar respeto y apego siempre por las particularidades del fenómeno que nos ocupa a la ética y a los principios del humanismo en aras de lograr una comprensión clara y de respeto al dolor y sufrimiento humano en desastres (Lorenzo, 2000, 2003).

Con este modo de análisis *teórico-metodológica* y actuación desde el *enfoque histórico cultural* de comprensión y atención integral al proceso de formación de la personalidad como un ser biológico-psicológico-social-espiritual y medioambiental aplicable para poder ofrecer valoraciones del comportamiento humano en situaciones de gran estrés. Sin excluir en lo absoluto a muchos otros modelos y modos de explicar y analizar al ser humano en este u otras situaciones (Lorenzo 2009). Al mencionado Modelo y análisis expuesto, se integra y agrega de manera creativa el quehacer y experiencias existentes a nivel nacional e internacional con gran fuerza en el continente latinoamericano. Donde se reconoce la especificidad de lo aprendido en la propia práctica en la realidad cubana y sus múltiples veces en que se ha enriquecido a través de la ayuda solidaria internacionalista a muchos otros pueblos hermanos afectados por desastres en los cinco continentes (Castro, Melluish, Lorenzo, 2015).

Consideraciones finales

El tema de la comprensión y valoración de las *situaciones de gran estrés* expuesto tiene marcada actualidad en la búsqueda de algunas propuestas para favorecer un desenvolvimiento adecuado, estable y armónico de cada ser humano en sus múltiples sistemas de interrelaciones con cada uno de los demás entes sociales en los cuales se desenvuelve la vida hoy, principalmente en lo que concierne a la sociedad cubana. Existen muy variadas situaciones de gran

estrés, especial atención le brinda el material al comportamiento humano en *situaciones de emergencias y desastres*, por ser en estas cuando existe una alta probabilidad de que la persona pierda momentánea-transitoria o de formas mucho más permanente su estabilidad y/o habituales estilos-modos de vida.

En la descripción de las particularidades del comportamiento humano en estas circunstancias, se reconocen los riesgos-vulnerabilidades que existen en el entorno y en el propio ser humano. Si se deja explícito a la opción de aprendizaje social como la de mayor fuerza para las situaciones de gran estrés, reconociéndose que hay una alta variabilidad de posibilidades del CAMBIO del ser humano. Destacándose que el pueblo cubano y muchas otras nacionalidades hermanas se han caracterizado en su devenir histórico por una alta confianza en sí mismo, con un énfasis en sus lecciones aprendidas y principalmente en sus FORTALEZAS que respetan y perfeccionan su memoria y entrenamiento histórico cultural.

Por ser las situaciones de gran estrés como procesos psicológicos y sociales, que tienden en la actualidad al aumento en frecuencia y consecuencias, siguiendo el criterio descrito, la meta radica en investigar y hacer cada día más consciente las capacidades de resiliencia humana. Para continuar aprendiendo a vivir con la ética y dignidad humana que generen las suficientes capacidades de adaptación y principalmente readaptación humana ante tan adversas condiciones que son percibidas como tal.

Si hoy es posible comentar este tipo de experiencias, es porque ya no son hechos aislados, ni fruto de la imaginación o valoraciones teóricas. A lo largo y ancho de la isla de Cuba cada día encontramos y conocemos de muchos ejemplos que demuestran las capacidades humanas, con un fuerte matiz psicológico y social, para estar en condiciones de compartir y difundir lo aprendido durante la historia de conformación de la identidad nacional, tanto a nivel de la sociedad como un todo, como en el orden individual, y principalmente en el seno de cada una de nuestras familias e instituciones.

Por lo tanto, es importante resaltar y comprender como las principales características de estas situaciones aquí descritas, con frecuencia se interrelacionan —directa e indirectamente— con el comportamiento humano en emergencias y desastres.

Abordamos aquí consideraciones que incorporan valoraciones de muchas experiencias dentro de este campo. Si en unos 20 a 30 años atrás, serían pocas y apenas conocidas, hoy en el año 2019, por diversas razones, la información existente y el propio conocimiento, nos desborda y supera numérica y cualitativamente. Hay cuestiones asociadas aquí que van desde el voluntariado y el voluntarismo; las complicaciones inherentes a los denominados como “segundos y terceros” desastres. Aquellos momentos, recordamos que se producen *post factum* posterior al propio evento cuando hay una inadecuada actuación o sistemas de ayuda ineficientes, y al impacto y/o roles negativos de los Equipos de Primera Respuesta como también va en incremento asociado al quehacer de los medios masivos de comunicación. Incluyéndose también aquí por supuesto a los efectos “impactos” de Facebook, Instagram, Twitter y otras rede de redes. Cuya potencia y alcance cada día nos demuestra como requieren ser más estudiados y mejor concebidos desde la ética y el respeto al sufrimiento humano en tales circunstancias.

Todo este razonamiento está avalado por la necesidad de reconocer la especialización en Psicología en emergencias y desastres (PED). La duplicidad

de actividades y servicios y la falta de estandarización de los servicios ofrecidos (Marín, 2015). Además, intrusismo profesional, actuaciones pseudo y anticientíficas, negación sabiduría popular. Aquí se destaca importancia tomar en consideración aspectos histórico culturales de cada uno de los entornos (Lorenzo, 2006).

Por otra parte, asumir el carácter activo de la personalidad de los sujetos con los cuales se trabaja, con vista a diseñar de conjunto las acciones éticas y adecuadas para afrontar las transformaciones necesarias en las situaciones de emergencias y desastres (Lorenzo, 2017).

Lo cual no es más que un punto a favor del hallazgo llamativo, que se asocia hoy a la visibilidad del tema en publicaciones periódicas, coincidiendo con otras revisiones bibliográficas y metanálisis (Alves *et al.*, 2012; Castro, Melluish, Lorenzo, 2015; Díaz, Lorenzo, 2016; Figueroa, Cortés, Accatino, Sorensen, 2016; Figueroa, Marín, González, 2010; Mattedi, 2008; Pineda, López, 2010).

En base a lo antes expuesto, estos criterios pudiesen ser resumidos del siguiente modo:

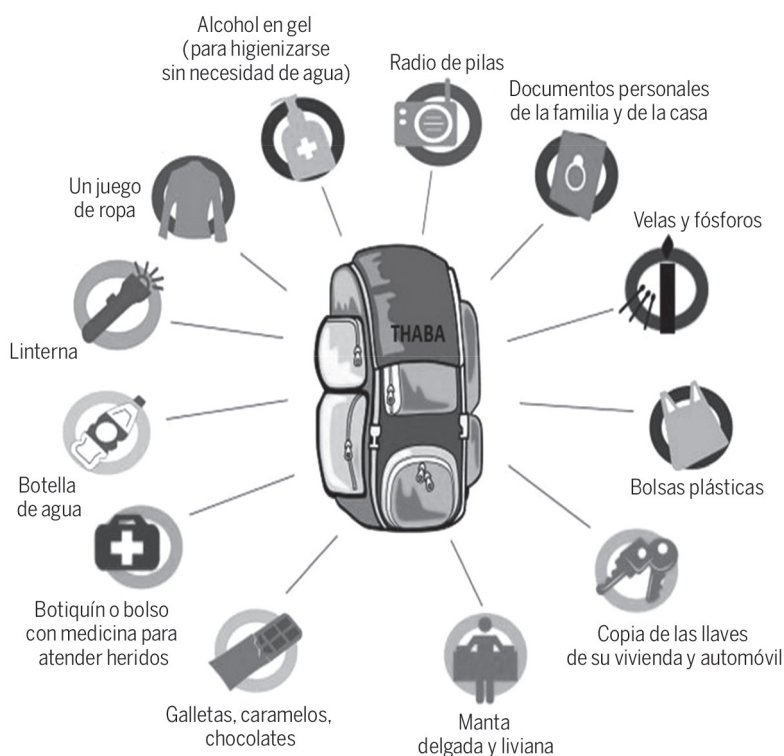
- Por un lado, en las bases de datos y revistas de Psicología de alto impacto, se ratifica la insuficiente presencia de estos temas en comparación con la realidad compleja y crítica que se vive a diario asociada a tantas emergencias y desastres en Latinoamérica. Mientras, que en eventos científicos y publicaciones no indexadas si se observa una tendencia creciente.
- Se reconoce y se sabe que la mayoría de los afectados por un desastre no desarrollará psicopatología, un grupo significativo lo hará probablemente.
- Aun cuando aumentan las diversas formas y acciones de ayuda a los damnificados con crecientes niveles de disponibilidad, la mayoría de las personas relacionadas (directa y/o indirectamente) con los desastres no pide ayuda en los servicios de salud mental.
- Por lo que luego de un desastre la demanda no se incrementa de manera significativa. Cuestión que se desarrolla, según niveles de preparación comunitaria e institucional existentes.
- Esta condición favorece amortizar los riesgos vulnerabilidades y amenazas con la debida activación de los factores protectores y la resiliencia humana.
- Tal regularidad fomenta la importancia de diseñar estrategias para paliar sus consecuencias, posteriormente a su precoz identificación y valoraciones desde metodologías y sistemas basadas en evidencias científicas.
- Las cuales requieren ser adaptadas y contextualizadas a cada entorno-medio y ámbito cultural, tanto para el accionar en cada país como para quienes tengan que brindar ayuda y/o cooperación solidaria internacional.
- Necesidad de implementar estrategias de difusión y comunicación especializada de la salud mental para reducir el impacto del desastre sobre la población.

Tales estudios, experiencias prácticas y discusiones ya han ido evolucionado de manera positiva hasta la actualidad. Por suerte, reconociéndose cada vez más la necesidad de su comprensión en la medida en que la misma sociedad se desarrolla (Ventura, 2012). Dado que el surgimiento de ideas críticas a lo interno de la Psicología, por ende, no depende solo del desarrollo de teorías particulares. Dado que también las luchas sociales pueden ser una fuente de

fuerzas que catalizan o abren espacios para proposiciones críticas en Psicología como ciencia y profesión. Ejemplos son muchos y muy diversos, sobre todo, en la realidad de Latinoamérica.

En ese sentido, finalmente, el tema del estudio de las *situaciones de gran estrés*, y su especificidad dentro del área de la *Psicología en emergencias y desastres* (PED) se percibe hoy en el año 2019 en Cuba y toda Latinoamérica (Alves *et al.*, 2012; Castro, Melluish, Lorenzo, 2015; Díaz, Lorenzo, 2016; Figueroa, Marín, González, 2010; Lorenzo, Guerrero, 2017; Pineda, López, 2010; Valero, 2002), con una creciente producción científica. La cual logra un reflejo crítico y creativo en su inminente ampliación con un curso definido en sus estándares de comprensión y actuación desde la Psicología como ciencia y profesión. Como alianzas —en lugar del apego a la ortodoxia “académica o atórica”— exhibe con prioridad una tendencia hacia la necesaria interrelación con el quehacer *práctico de trabajo de campo comunitario mayormente profesional* de la Psicología en sus intervenciones con otras ciencias-disciplinas, y, en especial, con la vida cotidiana de los individuos, grupos (con prioridad la familia), instituciones y comunidades.

Mochila de emergencia ante desastres



Enemigos del éxito: los excesos de motivación

MANUEL CALVIÑO

- Hace ya muchos años dos psicólogos de alto vuelo establecieron lo que en el ámbito científico de la Psicología se denomina la Ley de Yerkes-Dodson (así como muchos padres le ponemos nuestro nombre al primer hijo varón, también entre los científicos es muy común poner su propio nombre a sus hallazgos de valor).

La denominada ley es el resultado de un montaje experimental de laboratorio en el que tomaron parte decenas de ratas blancas (cosa muy usual en las investigaciones experimentales, incluso psicológicas), unos cuantos laberintos, planchas electrificadas y bombillos. Los animales debían resolver tres tipos de tareas: de alta dificultad, de dificultad media y de baja dificultad. Lo que “motivaba” a los pequeños animales para resolver adecuadamente la tarea era la evitación de una descarga eléctrica que, si se aplicara a humanos, fuera considerada tortura.

Observadores sagaces, los científicos se percataron de que tres cosas fundamentales: en primer lugar, observaron que la cantidad de descarga eléctrica necesaria para provocar el éxito de las ratas variaba de un tipo de tarea a otra. Junto a esto se hacía evidente que esta variación no era casual, sino que seguía un patrón estable de comportamiento. Por último, distinto a lo que desde cierta lógica se podría presuponer, la intensidad de la descarga eléctrica podía favorecer mucho el éxito de la tarea, pero también podía convertirse en obstáculo para lograr su realización. Llegaron así a una primera conclusión de suma importancia: la intensidad de la motivación es directamente proporcional al éxito de la tarea, pero hasta un punto. Más allá de este la motivación deja de ser un facilitador del éxito y se convierte en un constructor del fracaso. A este “punto” le denominaron: “óptimo de motivación”. Luego de múltiples experimentos formularon su conocida ley: Cuando la dificultad de la tarea aumenta, la intensidad del castigo que da una velocidad óptima de aprendizaje se aproxima al valor umbral.

En una traducción libre del hallazgo convertido en ley, tendríamos dos ideas fundamentales:

1. Para realizar cualquier tarea es imprescindible estar motivado a hacerlo. En principio, mientras mayor es la motivación mayor es la probabilidad de llegar a la meta, sin embargo, esta relación directa entre motivación y eficacia del comportamiento tiene un límite. Por encima de este límite la motivación lejos de facilitar el éxito, lo impide. Siendo originalmente un organizador del comportamiento eficiente, por encima de este límite se convierte en un desorganizador.

2. El nivel óptimo de motivación varía de una tarea a otra. Esta variación se relaciona con el nivel de dificultad de la tarea. Mientras más difícil es una tarea, su óptimo motivacional se logra con un aumento relativamente bajo de la motivación. Mientras más sencilla la intensidad de la motivación óptima puede ser muy alta. Dicho de otro modo, el comportamiento es más vulnerable a los excesos de motivación en las tareas difíciles que en las fáciles, se desorganiza con más facilidad en las primeras que en las últimas.

La Ley de Yerkes-Dodson se sustenta en experimentos con animales, realizados en condiciones de laboratorio y con estímulos aversivos o que producen comportamientos de evitación. En este sentido, la posibilidad de generalizar con rigurosidad científica esta ley a contextos o situaciones humanas, de la vida cotidiana de las personas, en la que tratamos de entender comportamientos no aversivos, sino de logro, de realización, debe ser analizada con mucha cautela y no sin escepticismos racionales. Pero algunas sugerencias incluso prácticas pueden ser derivadas de este interesante “instrumento conceptual”.

Todos los padres queremos que nuestros hijos obtengan los mejores resultados evaluativos en la Escuela. No creo que sea esencialmente un problema de narcisismo para decir: el mío es el mejor, es que sabemos que el resultado evaluativo excelente es predicción bastante certera de un futuro de realización personal y profesional seguro. Y con esta “buena intención” muchas veces nos excedemos en las exigencias y en las expectativas: No te vayas a equivocar en nada... hasta que no tengas todo bien no entregues la prueba. Revisa una, dos... diez veces. Entonces viene el momento de la prueba y empieza a actuar la “sobremotivación”, la que se va por encima del valor “óptimo”. Aparece el conocido “bloqueo” —me quedé en blanco—, o la ansiedad por tratar de ponerlo todo y el tiempo no alcanza. Al final, el resultado queda muy por debajo de lo que podía haber logrado si hubiera trabajado más relajadamente.

Para movernos un poco de edad y de esfera de la vida, los especialistas en sexología confirmarán mi afirmación: una de los desencadenantes fundamentales de algunas disfunciones sexuales estables o de la disminución de la eficiencia del comportamiento sexual en ciertas situaciones, es precisamente el “exceso motivacional”. La ausencia de erección y la eyaculación precoz son el precio de una sobremotivación por el desempeño sexual en los hombres.

Como ya dije antes, mientras más compleja es la tarea a realizar, más vulnerables somos al exceso motivacional. Muchas personas lo reconocen en su experiencia personal. Nos preparamos muy bien para una presentación ante un tribunal, lo tenemos todo bien montado, pero en el momento de la verdad un pequeño desliz cometido, un equipo que no enciende, se roba nuestra preocupación y nos impide seguir adelante. A veces estamos muy molestos y queremos decir algo, pero las palabras se nos enredan, no logramos articular bien las frases o nos “tiembla la voz”. Todo eso y muchos más es sobremotivación. Sobrepreocupación por el desempeño eficiente. Creemos que es más importante hacerlo perfecto que hacerlo.

Todavía un cómplice se suma a la motivación excedida. Frecuentemente se asocia lo vital a lo excedido, a lo tempestuoso. La sobreexcitación es sinónimo de lo vital. Sin embargo, los hallazgos de Yerkes y Dodson no refuerzan esta imagen.

La propuesta que nos lleva por el camino del éxito, del buen desempeño, es la misma que nos acompaña en el sendero del disfrute, del gozo. Si resumirlo en una sola palabra, entonces podemos decir moderación, sobre todo en su acepción de adecuación, cordura, sensatez.

Moderación, un lugar entre la apatía negativa del desgano, de la abstinencia, de la desmotivación, y el irracional dominio del exceso, de la hipertensión. La interacción con los límites no para el juego de los extremos, sino para el logro del éxito, para el placer, para el disfrute. Moderación que es dar intencionalidad a lo que se hace reservándose la autonomía de la decisión; hacer lo que se quiere porque se quiere, y no fuera de lo que se quiere. Es prolongar en vez de exceder. Es disfrutar.

Insisto son más que discutibles las representaciones que han ligado el placer (la sensación de éxito, de logro) con los excesos. ¿Qué placer puede serlo en ausencia de la consciencia de satisfacción, al margen de la capacidad no solo de sentirlo, sino de sentirlo conscientemente, con conocimiento? Placer es aquel que se sabemos placer. El supuesto placer en la irracionalidad es asinérgico, no logra interacciones para la multiplicación y el disfrute extensivo. El pseudo placer del exceso es unidireccional. Sacrifica la plenitud por un desorden que se sustenta apenas en algún déficit que lo antecede.

Los excesos no son mucho más que instintos de origen y destino turbio, enraizados en traumáticas experiencias edípicas o en ultrajes culturales al derecho de ser feliz, pensando con Freud. Es el camino abierto a la adicción. La pérdida del sentido humano del goce.

La moderación es una medida inequívoca del disfrute. En la moderación el éxito se hace éxito logrado, construido, buscado, y de su producción de verdadero disfrute, de pleno placer; se ensancha el placer, se sustenta en la diversidad sinérgica de los sentidos y su entendimiento. Lo placentero se prolonga a gusto y deseo, con control y moderación, con adecuación. Y así como prolongar la vida más y más ha sido un sueño utópico al que la humanidad se acerca en asombroso adagio. Así como vivir más tiene como condición vivir con placer, en el interjuego caprichoso de las relaciones que sean entre la vida y el éxito, entre la salud y el bienestar, la moderación es ejercicio pleno de la capacidad humana para lograr lo que se propone.

El asunto es sencillo: si sabemos que la sobremotivación, la sobreexcitación, la sobretenión, son enemigos del verdadero éxito, del éxito posible, entonces relajémonos un poco, adecuémonos a la realidad y a nuestros sueños. No estemos tan pendientes de la perfección como para que esta preocupación nos lleve al error evitable. El fin no es la meta. La meta es cada uno de los momentos que inexorablemente nos llevan al fin. Fortalezcamos nuestra confianza y nuestra asertividad: esto es lo que pude hoy y me empeñaré para que mañana sea un poco mejor. No seamos tan esclavos del éxito que lleguemos a actuar por temor al fracaso, para no equivocarnos, y no para hacer en cada momento lo que podamos y tengamos que hacer. Cuidemos los excesos de motivación para que no nos quiten el bienestar que produce saber que lo hecho y lo alcanzable en cada momento marchan juntos.

La psicología y su relación con la efectividad de las organizaciones laborales

Adalberto Ávila Vidal
Arianne Medina Macías

Con este tema pretendemos aproximar al lector al mundo de las organizaciones laborales desde una mirada psicológica. Quizás la pregunta que más responden los psicólogos organizacionales es ¿qué hace un psicólogo en una empresa, en una organización laboral?

El ser humano ocupa una parte importante de su vida en el trabajo. Este representa un espacio importante de satisfacción de sus necesidades, incluidas las de formación y desarrollo; pero al mismo tiempo, un potencial de riesgos y peligros que pueden influir en su salud física, psicológica y social. Por estas razones, el ámbito laboral se constituye en un terreno de estudio y actuación de numerosas ciencias, convirtiéndose en un espacio que requiere de la multidisciplinariedad, en el cual la psicología juega un papel importante con el propósito de alcanzar el más alto nivel posible de bienestar humano en el trabajo.

La psicología laboral y de las organizaciones es una rama de la psicología que se ocupa del estudio de la relación individuo-trabajo-organización en sus múltiples manifestaciones, con el fin de alcanzar, tanto la efectividad organizacional, como el desarrollo de las personas en el contexto laboral. Considera las condiciones en que el ser humano desempeña su actividad laboral, las exigencias que le impone la actividad laboral a esa persona y los efectos que produce en la misma esta relación. Al mismo tiempo, reconoce también la influencia de fenómenos interpersonales, grupales y organizacionales que trascienden la relación directa sujeto-trabajo.

Luego, lo que diferencia a la psicología organizacional de otras disciplinas que se encargan del estudio de las organizaciones es que se ocupa del análisis de los componentes psicológicos y sociopsicológicos que inciden y regulan la actividad laboral y que a su vez son formados y desarrollados por ella a diferentes niveles, como son:

- En el nivel individual: la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, las emociones, la motivación y la satisfacción.
- En el nivel interpersonal: las relaciones de autoridad, los roles, la comunicación, los conflictos y el liderazgo.
- En el nivel grupal: la comunicación, el liderazgo, el clima sociopsicológico, la motivación, la satisfacción y los conflictos.
- En el nivel organizacional: la cultura organizacional, el clima sociopsicológico, los patrones de liderazgo, la motivación, la satisfacción, los conflictos, la comunicación y las políticas de administración.

Partiendo de una concepción profundamente mecanicista del hombre, la psicología organizacional evolucionó a la par del desarrollo científico de la sociedad, atravesando presupuestos humanistas, centrados en el estudio de las características individuales, motivaciones, liderazgo, así como la relación hombre-trabajo con el fin de optimizarla; hasta llegar al abordaje sistémico de las organizaciones, con centro en la relación del ser humano y su organización, cuyo objetivo es lograr el crecimiento individual a la par del desarrollo organizacional.

El psicólogo debe abordar los procesos subjetivos que acontecen en esta relación, lo que implica que al nivel de intervención se considere, tanto a la organización como a sus miembros como sujetos en desarrollo permanente, con una intencionalidad particular y un proyecto laboral a realizar.

Por ello, se considera que la aproximación científica al estudio de las organizaciones debe partir de su consideración como sistemas sociales, diseñados para conseguir determinados fines, en relación con un mundo complejo y cambiante. Así, la organización es “un sistema social complejo, abierto al intercambio de energía, materia e información con el medio exterior, con identidad espacio-temporal y caracterizada por la no linealidad, la interacción de individuos y grupos humanos (sistema de roles y comunicación), coordinada por una estructura de autoridad, en la búsqueda de objetivos y metas comunes” (Ávila, 2013c: 13).

Desde este enfoque, se coloca el énfasis en el estudio de los diferentes procesos sociopsicológicos que ocurren de manera interrelacionada al interior de la organización: las relaciones que existen entre el individuo, portador de una subjetividad individual, con necesidades a satisfacer en el contexto organizacional; y la propia organización, portadora de una cultura y una identidad propia. Esta relación de interdependencia va a estar mediada por la pertenencia de los individuos a diferentes grupos dentro de la organización, tanto formales como informales; así como por la interrelación existente entre esta y su entorno.

El abordaje de las organizaciones debe realizarse desde la perspectiva sociopsicológica, que incluye el estudio de la dinámica motivacional de los individuos en el ámbito laboral, así como su comportamiento en el ejercicio de sus roles, el cumplimiento de las normas que prescriben y sancionan esas conductas y el compromiso con los valores en que están asentadas; así como de los elementos relacionales, tanto del individuo con la organización, como de esta con su entorno. En la organización, sus miembros están interrelacionados a partir de la interdependencia funcional de los roles que desempeñan y sus requerimientos normativos y los valores centrados alrededor de los objetivos del sistema.

La psicología organizacional tiene entre sus objetivos provocar cambios planeados en las organizaciones, que le permitan una mejor adaptación al contexto cambiante y complejo en que se desenvuelven. Para ello, el psicólogo debe planificar y desarrollar las modificaciones deseadas, mediante estrategias de intervención orientadas hacia diferentes niveles organizacionales y un enfoque centrado en el aprendizaje y el cambio organizacional.

La participación activa de los miembros de la organización en la generación de propuestas de solución produce un mayor grado de compromiso, el cual será de indudable valor en el momento de iniciar los cambios, como continuación del proceso iniciado con la etapa de diagnóstico. Las posibles resistencias personales al cambio son más fácilmente vencidas si las personas han contado con la oportunidad de participar en el proceso.

En los estudios de la psicología laboral y de las organizaciones se trata de encontrar las leyes en el efecto de los procesos psicológicos en la actividad laboral y tenerlos en cuenta en la realización de todas las tareas que se desarrollan.

Como toda ciencia, también responde a necesidades sociales, por lo que se ajusta a las condiciones socioeconómicas imperantes. Así, los problemas y tareas de la psicología laboral y de las organizaciones dependen del modo de producción, por lo cual se diferencia en puntos esenciales en el capitalismo y en el socialismo, a pesar de algunas semejanzas formales.

En el capitalismo, la psicología laboral y de las organizaciones es influida por los conceptos de la filosofía y economía burguesas, por lo que muchas veces se puede encontrar su empleo unívoco en aras de los intereses empresariales, a merced de los individuales.

En el socialismo, la psicología laboral y de las organizaciones se basa en el marxismo-leninismo, por lo que parte de la existencia de concordancia entre los intereses individuales y sociales. Por tanto, en nuestro país las investigaciones y acciones de esta rama contribuyen al objetivo de acelerar el progreso científico-técnico y aumentar la eficiencia económica y al mismo tiempo, a la protección y desarrollo del hombre trabajador.

Cuba se encuentra inmersa en un proceso de cambio a gran escala del sistema económico-empresarial. Los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución abogan por el desarrollo de un proceso de reordenamiento empresarial, donde el factor humano pasa a ocupar un lugar central y se establece de modo explícito “Rescatar el papel del trabajo y los ingresos que por él se obtienen como vía para contribuir [...] a la satisfacción de las necesidades personales y familiares” (Partido Comunista de Cuba, 2011, Lineamiento 141).

Al mismo tiempo, entre las acciones que se introducen en las empresas como parte del proceso de cambio se encuentra la adopción del Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano, que se recoge en las Normas Cubanas 3000, 3001 y 3002 (Oficina Nacional de Normalización, 2007, 2007a y 2007b).

El Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano tiene un impacto en la calidad de todos los procesos, en su eficiencia y eficacia, en el incremento de la productividad, en las relaciones laborales satisfactorias, así como en las respuestas de las necesidades de las personas que reciben los servicios o adquieren los bienes materiales producidos (Oficina Nacional de Normalización, 2007a: 4).

Ello avala la relevancia del papel de los psicólogos organizacionales, quienes debemos actuar para responder a los cambios actuales del sistema empresarial y las demandas que le imponen a la investigación científica en el campo.

Una de las tareas más relevantes de la psicología laboral y de las organizaciones va dirigida a **garantizar el equilibrio necesario entre las condiciones, las exigencias y las competencias laborales.**

Las organizaciones laborales están compuestas esencialmente por los vínculos que se establecen entre las personas que las componen. El punto de contacto por excelencia entre una organización con todos y cada uno de sus miembros es la actividad laboral. Una vez que un individuo se integra a una organización se establece un contrato oficial, pero también psicológico, en el que el individuo aporta a la organización a la vez que recibe beneficios de ella mediante el desempeño de un rol determinado. Por lo tanto, es necesario que,

tanto la organización como los actores organizacionales tengan un dominio vasto de los roles que desempeñan y las condiciones en las cuales se lleva a cabo su actividad laboral.

Por **condiciones laborales** o condiciones de trabajo se entiende la totalidad de factores exteriores e interiores del proceso laboral que influyen en el éxito de la actividad laboral y los resultados del trabajo, los cuales son modificados o creados por y en la actividad laboral misma.

Entendemos por resultados de trabajo no solo el producto objetivo o servicio brindado mediante la actividad laboral, sino también las modificaciones del estado y los sentimientos que surgen en el trabajador durante su desempeño.

No todos los factores que aparecen en el proceso laboral son condiciones de trabajo en el sentido psicológico. Las características fundamentales de las condiciones laborales son:

- Específicas: lo que constituye una actividad laboral para la actividad A no tiene que serlo necesariamente para la actividad laboral B o el efecto en ambos casos no debe ser igual.
- Históricas: con el desarrollo social y tecnológico hechos nuevos pueden ganar influencia en el trabajo, mientras otros la pierden.
- Condicionadas: su influencia suele ser mediatizada a través de las características o condiciones interiores de los individuos.

Un factor puede ser considerado como condición de trabajo cuando su modificación lleve a cambios en la actividad laboral y/o los resultados del trabajo.

¿De qué maneras puede incidir una condición exterior de trabajo sobre la actividad laboral y los resultados del trabajo?

1. **EFFECTO FÍSICO INMEDIATO** sin mediación psíquica. Ejemplo: la influencia de una sustancia química tóxica sobre el organismo.
2. **EFFECTO FÍSICO INMEDIATO** relacionado con una mediación psíquica que lo modifica. Ejemplo: en condiciones objetivas idénticas de ruido, como puede ser una música alta que supera los 85 dBs, esta puede resultar molesta para un vecino y no molesta para el sujeto que la genera.
3. **EFFECTO MEDIADO** exclusivamente por lo psíquico. Ejemplo: estímulos materiales y morales.

En el proceso laboral predomina la mediación psíquica de las condiciones de trabajo. Hacia ellas se orienta la psicología laboral y organizacional, mientras que la fisiología e higiene del trabajo se ocupa del efecto puramente físico.

Por lo tanto, para obtener incremento del rendimiento laboral a través del cambio de las condiciones de trabajo hay que tener en cuenta sus efectos psíquicamente mediados. En otras palabras, lo que es objetivamente mejor debe ser sentido como mejor por los trabajadores para que produzca mejores efectos.

Teniendo en cuenta lo visto hasta el momento, ¿Cuáles serían los criterios a tener en cuenta para la valoración del efecto de las condiciones de trabajo?

La respuesta más común se refiere a criterios como: la calidad del producto, la cantidad de desechos o defectuosos, el ahorro de materias primas, el costo de producción, etc. Sin embargo, ¿son suficientes estos indicadores para tener una valoración completa de las condiciones de trabajo?

Veámoslo comparando dos ejemplos.

EJEMPLO A	EJEMPLO B
<p>Cambio de una condición exterior en sentido negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la temperatura (calor). • Las opciones del trabajador ante esta situación son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Realizar un mayor esfuerzo para compensar la disminución del rendimiento provocada por el calor (compensación por rendimiento). ▶ Realizar un menor esfuerzo con la consecuente disminución del rendimiento para compensar el agotamiento físico producido por el calor (compensación por la carga). 	<p>Cambio de una condición exterior de trabajo en el sentido positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la iluminación. • Las opciones del trabajador ante esta situación son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Realizar un mayor esfuerzo motivado por la mejora de la iluminación con el consecuente aumento del rendimiento. ▶ Realizar un menor esfuerzo, manteniendo estable el rendimiento, provocado por la mejora de la iluminación.

Estos ejemplos muestran que los criterios cuantitativos no bastan para la valoración de las condiciones de trabajo. Hay que considerar, además, el esfuerzo realizado por el trabajador, determinado motivacionalmente.

En otras palabras, hay que tener en cuenta la relación entre resultado laboral y gastos de trabajo en forma del esfuerzo psicofísico realizado por el trabajador, donde la efectividad va a ser resultado de la proporción entre el rendimiento y el esfuerzo del trabajador. En la medida en que el esfuerzo disminuye, manteniéndose estable el rendimiento, aumenta la efectividad.

En el ejemplo A, el rendimiento se mantiene estable, pero el trabajador debe esforzarse más para poder cumplir. Con eso se disminuye la efectividad.

En el ejemplo B, se logra una efectividad mayor aun cuando se mantiene el rendimiento cuantitativo, porque se puede reducir el esfuerzo necesario para cumplir con el resultado esperado.

Esto significa que desde el punto de vista psicológico hay que complementar los criterios objetivos de la actividad laboral con los subjetivos. Solo así se responde a nuestra premisa de que el objetivo fundamental es contribuir, tanto al aumento de la eficiencia, como al desarrollo de la personalidad en el proceso laboral.

Muy relacionados con el tema de las condiciones de trabajo encontramos los conceptos de exigencias y competencias laborales.

Las **exigencias laborales** se refieren a las demandas físicas, psicológicas y sociales que la tarea laboral, ejercida en determinadas condiciones de trabajo, le imponen al sujeto trabajador. Ellas están relacionadas con el contenido de la actividad laboral en sí misma. De esta forma, encontramos puestos de trabajo con exigencias específicas de tipo cognitivas, físicas, emocionales, sociales. Por ejemplo, un estibador ocupa un puesto donde las exigencias predominantes son de tipo físicas; mientras un diseñador de *software* ocupa un cargo con exigencias fundamentalmente de tipo cognitivas. Con los avances científico-técnicos y la automatización de procesos productivos, se ha generado un incremento en la esfera de los servicios como empleo, con un consecuente desplazamiento de exigencias físicas a exigencias cognitivas y sociales. Estos cambios imponen nuevos retos a los psicólogos organizacionales por la proliferación de fenómenos disfuncionales como el estrés y el síndrome de *burnout* (estar quemado), a los que nos referiremos más adelante.

Por su parte, las **competencias laborales** son las características relativamente estables de las personas, que les permiten responder a las exigencias laborales que el puesto de trabajo le plantea. Esas características están integradas por conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, sentimientos, valores, motivaciones. Este conjunto sinérgico de condiciones personales posibilita un desempeño de éxito o desempeño competente en el trabajo.

El análisis etimológico del término “competencias” nos conduce al latín *competere* (ir una cosa al encuentro de otra, encontrarse, coincidir). En español existen dos verbos que provienen de este verbo original:

- Competer: pertenecer, incumbir, corresponder.
- Competir: contender, rivalizar.

Es importante puntualizar que el enfoque de competencias se refiere a la primera acepción del término, es decir, la correspondencia entre el trabajo y la persona; no a la rivalidad entre personas, que pudiera ser el significado asumido por aquellos que lo utilizan en el lenguaje coloquial. De ahí que se derive como resultado el sustantivo **Competente** como adecuado o apto para la actividad laboral a desempeñar.

Las competencias tienen en cuenta el conjunto de elementos que necesita el trabajador para su desempeño exitoso en el medio laboral. Pero su referencia ya no es el puesto de trabajo, sino el trabajador trabajando. Existe como potencialidad (virtualidad) que se concreta en un desempeño real.

Se ponen de manifiesto cuando se ejecuta una tarea o un trabajo. Se refieren a cualidades que deben ser verificables, a través de procedimientos rigurosos de evaluación.

Algunas preguntas frecuentes con relación a la gestión de competencias laborales son las siguientes:

¿Todas las personas somos competentes?

Todas las personas tienen competencias para algo, pero no para todo. No se puede decir que una persona no tiene ninguna competencia o que alguien no puede desarrollar una competencia, porque todos somos competentes, solo que el contenido y el grado de desarrollo varía de una persona a otra. De ahí la importancia de seleccionar a las personas adecuadas para los cargos o de formar las competencias para buscar una mayor adecuación persona-puesto de trabajo.

¿Cómo sabemos que una persona es competente?

Las competencias están referidas a un contexto específico, no se dan en abstracto. En el caso de las competencias laborales, se materializan en el contexto del trabajo. Una persona competente demuestra su competencia en diversas actividades laborales que requieren de esa competencia específica. Pero no podrá mostrarla en un contexto que no la requiere.

¿Cómo se relaciona la competencia con el desempeño?

Las competencias están relacionadas con el desempeño. La competencia hace que la persona se desempeñe en forma apropiada y correcta en la actividad que realiza. El desempeño de la actividad es la que nos va a decir si la persona presenta o no la competencia o debe desarrollarla.

¿Se puede desarrollar una competencia?

La competencia es un potencial que puede ser desarrollado o no por cada persona, lo que se requiere es una combinación de factores sociales, laborales y personales que posibiliten este desarrollo. La competencia es transferible y se puede aprender y desarrollar. Una persona competente, por ejemplo, un jefe o un colega de mayor experiencia, puede colaborar para que otra persona desarrolle una competencia. Algunas competencias son más susceptibles de desarrollo que otras, por ejemplo: las competencias teóricas (conocimientos) y prácticas (habilidades) son más fáciles de potenciar, que las competencias actitudinales y sociales.

Ahora bien, ¿qué relación existe entre condiciones-exigencias y competencias laborales?

De la relación entre exigencias laborales y competencias surge el esfuerzo del trabajador. Este esfuerzo puede ser mayor o menor en dependencia del equilibrio alcanzado entre estos conceptos y este esfuerzo permite la generación de resultados positivos o negativos en el trabajo (entre los que se comprenden los efectos provocados en el propio trabajador) (Fig. 1).

Cuando hay un equilibrio entre las exigencias y las competencias laborales, el esfuerzo que el trabajador tiene que hacer para cumplir con los objetivos de su actividad laboral es el mínimo necesario. En este sentido, los resultados del trabajo tienen más probabilidad de ser favorables, tanto en relación con la productividad (ejemplo: calidad del producto o servicio), como en el desarrollo de la personalidad (satisfacción, motivación laboral, creatividad, etcétera).

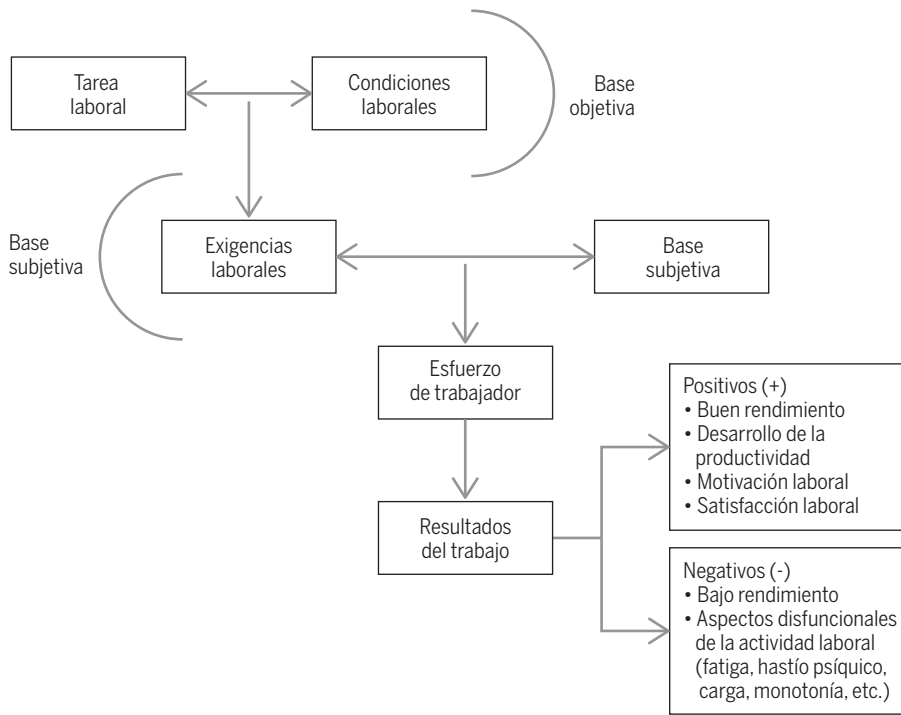


Fig. 1. Representación de la relación entre tarea, condiciones, exigencias y competencias laborales. Elaborado por Arianne Medina.

En caso contrario, si no se corresponden las competencias laborales con las exigencias, se pueden afectar estos procesos. Cuando las competencias laborales se quedan por debajo de las exigencias, el sujeto no está apto para desempeñar de manera exitosa el puesto: eso afecta el rendimiento, la productividad, el sujeto trabajador tiene que esforzarse más para compensar esas deficiencias y eso puede generar fenómenos disfuncionales como la fatiga, el estrés, la carga psíquica y también la insatisfacción y desmotivación laboral, sobre todo si la organización no diseña un plan de formación y desarrollo que permita disminuir la brecha entre exigencias y competencias. Los sujetos pueden experimentar sentimientos de inadaptación, llegando incluso a afectar su salud integral y tomar la decisión de abandonar el trabajo.

En otro sentido, si las competencias laborales están por encima de las exigencias de la actividad laboral, se produce una subutilización de las capacidades de los sujetos trabajadores. El esfuerzo que el trabajador realiza para cumplir con los objetivos de su actividad laboral es mínimo, pero puede verse afectada la posibilidad de desarrollo personal a través del trabajo, pues hay competencias que no están siendo movilizadas mediante el desempeño y, por lo tanto, tampoco potenciadas. Pueden surgir sentimientos de monotonía, hastío psíquico, estrés laboral, alienación del trabajador, los cuales son síntomas de inadaptación en el trabajo y también afectan el desempeño laboral, la productividad, la salud y las posibilidades de crecimiento y desarrollo profesional y de la personalidad.

El análisis de estas relaciones debe ser casuístico y empírico concreto pues intervienen elementos físicos, psicológicos, sociopsicológicos, objetivos y subjetivos en un contexto.

En las organizaciones se deben diseñar estrategias que permitan alcanzar este equilibrio necesario entre exigencias y competencias; una de las vías posibles es a través de los procesos de gestión de recursos humanos como la selección del personal, la formación y desarrollo y la evaluación del desempeño, de manera que se potencien los aspectos funcionales como la satisfacción laboral y la motivación hacia el trabajo, así como el desarrollo de la personalidad.

Calidad de vida laboral

La dimensión subjetiva de la calidad de vida laboral está relacionada con la adecuación de las necesidades del individuo a las características del trabajo. Dentro de esta aparecen conceptos tales como fatiga, hastío psíquico, monotonía y carga psíquica, todos ellos generados por una insatisfacción o inadecuación entre el trabajador y su trabajo.

¿Por qué es importante estudiar y preservar la calidad de vida en el trabajo?

Ya es conocido por ustedes que la finalidad de la psicología laboral y organizacional en nuestro contexto es incrementar la productividad y competitividad de las organizaciones, así como contribuir al enriquecimiento y desarrollo de la personalidad en el contexto del trabajo (Fig. 2).

Las medidas y prácticas de la psicología organizacional van dirigidas a promover los aspectos funcionales de la actividad laboral como el propio desarrollo de la personalidad, la motivación y satisfacción laboral y a prevenir y atenuar los aspectos disfuncionales del trabajo como son: la monotonía, la fatiga, el hastío psíquico, el estrés, la carga psíquica, el síndrome de *burnout*, los fallos y accidentes, entre otros. Estas acciones pueden ser desarrolladas a través de todos los procesos organizacionales como la conformación de las condiciones

de trabajo, el diseño del trabajo, el diseño y uso de la tecnología, las políticas de dirección organizacionales y la atención a los trabajadores, entre otros.

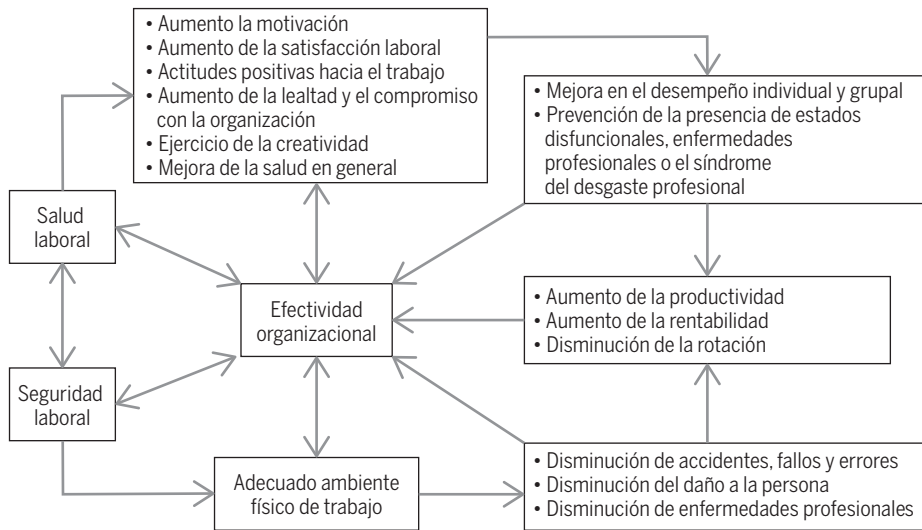


Fig. 2. Impacto de la seguridad y la salud laboral en la efectividad organizacional.

Aspectos funcionales de la actividad laboral en las organizaciones Desarrollo de la personalidad

La influencia del trabajo para el desarrollo humano no es noticia para ninguno. La antropogénesis es la muestra científica de la importante influencia que ha tenido el trabajo en la evolución del hombre.

De manera general, las posibilidades de desarrollo de la personalidad se amplían mucho más en contextos donde se facilite la participación responsable de los trabajadores en la planificación y regulación del trabajo y en la conformación de sus condiciones de trabajo, pues esto permite no solo el incremento del compromiso y la responsabilidad personal con la actividad, sino, además, la concordancia creciente entre los intereses individuales y sociales.

Veamos algunas de las características propias del trabajo que se constituyen en medios de desarrollo de la personalidad en el trabajo. En cuanto a las características de la estructura de la actividad, se puede influir en el crecimiento de la persona a través de:

- **EXIGENCIAS LABORALES PLANTEADAS POR EL CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD LABORAL:** la variedad de exigencias laborales influye de manera directa en el desarrollo de la personalidad de la persona trabajadora. En la medida en que el desempeño de la tarea laboral demande del sujeto el despliegue de sus capacidades, conocimientos y habilidades, se contribuye a la consolidación estas, formación de nuevas capacidades y habilidades y de nuevas experiencias. Las investigaciones demuestran que las actividades laborales con altas exigencias sociopsicológicas (intelectuales y sociales) estimulan el desarrollo de capacidades y tendencias creativas y contribuyen a la creación de actitudes hacia el trabajo de alto valor social (satisfacción de necesidades sociales donde los motivos individuales se reducen a su mínima expresión). En otro sentido, las actividades con contenido de

trabajo pobre y uniformes, con escasas exigencias intelectuales y sociales, producen con mayor probabilidad monotonía, empobrecimiento de intereses, incapacidad para contactos sociales, etc.; por lo que frenan el desarrollo de la personalidad. Esto aparece con mayor fuerza en sujetos con elevado nivel cultural y elevadas expectativas laborales.

Por otra parte, también a través del contenido de trabajo se influye en la identidad del trabajador con su tarea. En tareas completas, donde el trabajador tiene la oportunidad de visualizar de inicio a fin su producto o servicio, se crea un lazo de identidad más fuerte con el trabajo. Sin embargo, en microtareas repetitivas como, por ejemplo, poner siempre el mismo tornillo a una pieza de un artículo que el trabajador nunca ve terminado (recomendamos ver la película de Charles Chaplin, *Tiempos Modernos*), se puede producir alienación del trabajador. La comprensión del trabajo como un todo facilita la identidad con este.

- **FORMACIÓN PROFESIONAL:** influye de manera directa en el desarrollo de la personalidad, porque incrementa los conocimientos, habilidades y capacidades del trabajador para el desempeño de su actividad laboral, permitiendo, tanto un mejor rendimiento como un mejor aprovechamiento del contenido de trabajo; siempre que sea el caso que la formación tribute al contenido de la actividad laboral.
- **VALORACIÓN SOCIAL DEL TRABAJO:** en la medida en que la actividad laboral sea mejor valorada socialmente en todos los niveles, se contribuye a que el trabajo deje de ser un medio de satisfacción de necesidades personales (carácter instrumental) para convertirse en un objeto (motivo) de satisfacción de necesidades sociales personales. De esta forma, se crea motivación intrínseca hacia el trabajo y se permite la interiorización de las normas sociales y el ejercicio efectivo de la autorregulación y autovaloración.

En cuanto a las condiciones de ejecución de la actividad:

- **CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS:** en las condiciones socioeconómicas socialistas, donde se parte de la concepción de que es posible y además necesario una coherencia entre intereses individuales y sociales, hay mayores posibilidades de promover la democracia participativa, donde los trabajadores tienen la oportunidad de participar activamente en la planificación y dirección de la actividad laboral, en movimientos de innovadores y emulación que impulsan el desarrollo de capacidades y la formación de actitudes sociales.
- **CONDICIONES DEL AMBIENTE LABORAL:** se trata de excluir o reducir al mínimo posible la influencia de condiciones ambientales negativas a través de medidas técnicas y de higiene y protección del trabajo y aún más, encontrar las vías de introducir o incrementar los efectos positivos (motivación, satisfacción, etc.) que permitan potenciar el desarrollo de la personalidad mediante la conformación del ambiente laboral.

Motivación laboral

A nivel individual, en el proceso de trabajar, además de las aptitudes, conocimientos, habilidades o rasgos personales, es fundamental considerar los determinantes de carácter motivacional como el interés, la voluntad o las expectativas. La

presencia de trabajadores altamente motivados para ejecutar lo mejor posible sus funciones y tareas laborales es beneficiosa, tanto para la organización, que tendrá mayor probabilidad de obtener mejores resultados, como para los propios trabajadores, quienes experimentarán un aumento en su calidad de vida laboral.

La motivación laboral es uno de los principales determinantes de la conducta laboral. A ella se le concede una importancia central como elemento de la personalidad en un doble sentido:

- Aporta un plus al desempeño, al constituir un impulso del individuo. Determina esencialmente el carácter y el grado del rendimiento individual; aunque no es el único factor que influye en el rendimiento, porque se necesitan además recursos, y competencias para desarrollar con éxito una actividad laboral.
- Por lo tanto, influye recíprocamente en el desarrollo de la personalidad.

Dentro de los procesos laborales la motivación se considera el más estudiado por la psicología del trabajo. Existen al menos tres razones fundamentales para explicar este creciente auge:

1. La fuerte competencia entre organizaciones en condiciones de rápidos cambios ha obligado a la dirección de las organizaciones a incrementar sus niveles de eficacia laboral y la motivación laboral es un fenómeno que tiene una poderosa influencia en estos índices. Garantizar el compromiso y el placer de los trabajadores con su trabajo constituye una de las buenas prácticas para elevar la eficacia organizacional.
2. La filosofía del término motivación laboral permite darle una connotación humana al trabajo, al considerar al trabajador como un ser capaz de motivarse por aspectos intrínsecos de la actividad laboral.
3. La dirección de la organización se interesa por elevar la motivación laboral, pues esta garantiza en buena medida la estabilidad de sus trabajadores, creando sentido de permanencia al trabajo.

Ahora, ¿qué pueden hacer las organizaciones por elevar los niveles de motivación laboral de sus trabajadores?

Algunas prácticas que pueden elevar el nivel de motivación laboral de las personas en las organizaciones son: asegurarse de que los motivos y valores de los trabajadores son los apropiados para los puestos en los que están colocados; definir metas de trabajo que sean claras, estimulantes, atractivas y alcanzables; proporcionar a los trabajadores los recursos personales y materiales que faciliten su eficacia; crear ambientes de trabajo con soporte social; reforzar el rendimiento / ejecución y retroalimentación, entre otros.

Uno de los puntos comunes de cualquier teoría de motivación laboral radica en el principio de que los trabajadores realizan sus tareas a cambio de conseguir ciertas recompensas que necesitan. Estas consecuciones suelen ser de distinta naturaleza y se agrupan en torno a dos útiles conceptos: las orientaciones motivacionales extrínsecas e intrínsecas, que se diferencian por la naturaleza de las recompensas y el papel que juega el lugar de control atribucional en ellas.

La motivación extrínseca explica el comportamiento en función de las consecuencias ambientales derivadas de su realización. Se relaciona fundamentalmente con las necesidades de existencia o interacción social. Se trabaja

a cambio de recompensas que no son propias de la actividad laboral que realiza la persona para conseguirlas y de las cuales se experimenta un control externo. El trabajo se convierte en un instrumento para conseguir un fin. Cuando una recompensa extrínseca deseada se obtiene, comienza a producir satisfacción laboral, pero no motivación.

La motivación intrínseca se relaciona fundamentalmente con necesidades de competencia y autodeterminación. Se refieren a necesidades de alto nivel o de crecimiento: sentimientos de logro, autoestima, reconocimiento, autoevaluación, responsabilidad personal implicada, progreso social que reporta y desarrollo personal que conlleva. Siempre se asocian con el desempeño en la propia actividad, experimentado a través de un control interno. El trabajo se constituye en un fin en sí mismo. Desde esta perspectiva la única manera en que el trabajador recibe la recompensa anhelada es trabajando.

De cualquier manera, debemos saber que todas las personas nos movemos hacia la obtención de los dos tipos de recompensas (extrínsecas e intrínsecas), solo que la manera en que las necesidades que las sustentan se ordenan jerárquicamente varían de un sujeto a otro, en consideración de sus condiciones de vida, y por lo tanto, también la intensidad en que estas regulan nuestro comportamiento.

Satisfacción laboral

Se trata de la actitud relacionada con el trabajo que mayor atención ha tenido por los investigadores. Quizás por la creencia convencional de que “los trabajadores más felices son los más productivos”. Sin embargo, abundantes estudios han demostrado que no se encuentra directamente relacionada con el rendimiento laboral. No obstante, por su relación con otras variables implicadas en el comportamiento organizacional como la disciplina laboral: el ausentismo, la impuntualidad, la rotación y fluctuación de personal, quejas de los trabajadores y su impacto en la calidad de vida laboral, ha sido muy estudiada.

En el abordaje de este fenómeno se diferencian dos enfoques: el primero hace alusión a uno solo de los componentes de las actitudes, el afectivo, sin tener en cuenta el cognitivo y conductual; por ejemplo, cuando se considera que la satisfacción es una respuesta afectiva y emocional del individuo ante determinados aspectos de su trabajo.

El segundo enfoque, adopta una perspectiva multicausal más amplia, pues involucra estos tres componentes (afectivo, cognitivo y conductual). Este enfoque tiene en cuenta la naturaleza psicosocial del fenómeno, es decir, la interacción de la persona con los factores de su ambiente. Así, se defiende la posición de que el grado de satisfacción que experimenta una persona está determinado por la interpretación que hace de las circunstancias de su ambiente de trabajo, influyendo en ella las características personales y los factores del entorno.

De esta manera, podemos concluir que la satisfacción laboral está condicionada por factores objetivos y subjetivos.

En cuanto a las condicionantes organizacionales o antecedentes objetivos que ejercen mayor influencia en la satisfacción laboral, encontramos las características del trabajo que se realiza, las limitaciones y restricciones organizacionales, los factores relacionados con el desempeño del rol laboral, los conflictos entre la vida laboral y la vida familiar, los salarios y beneficios complementarios, los niveles de estrés laboral, la sobrecarga física y/o mental de trabajo, el grado de control y autonomía sobre el trabajo y los horarios de trabajo.

Por su lado, las características personales constituyen el segundo tipo de condicionantes de la satisfacción laboral, lo que no significa que esta tiene un carácter disposicional. Es decir, que las personas están satisfechas o insatisfechas *per se*, como si se tratara de un rasgo estable. Quiere decir, que ciertas características personales pueden influir en el modo en que se interpreten los factores del entorno laboral. Se han identificado dos dimensiones que parece que desempeñan un papel fundamental en este proceso:

- **AFECTIVIDAD POSITIVA:** personas optimistas, que tienden a valorar las circunstancias laborales de manera positiva. Se sienten vinculadas al entorno y a gusto. Experimentan sentimientos, emociones y estados de ánimos positivos, así como altos niveles de autoeficacia y bienestar.
- **AFECTIVIDAD NEGATIVA:** personas pesimistas, que suelen interpretar las circunstancias laborales de manera negativa. Experimentan una negativa orientación hacia sí mismos y el mundo que los rodea. Sienten más estrés y sentimientos, emociones y estado de ánimos negativos.

Estas formas de afectividad no son inmutables, se van configurando a partir de las interacciones de las personas con su entorno, de las experiencias acumuladas y de las influencias de otras personas o elementos. Tampoco son excluyentes, una misma persona puede puntuar alto en las dos dimensiones respecto a factores diversos.

De cualquier manera, la satisfacción laboral nunca debe ser percibida como un lujo, sino como una condición inexcusable para el desarrollo de una actividad laboral humana en las sociedades libres y democráticas.

A continuación, presentamos los principales **aspectos disfuncionales** de la actividad laboral en las organizaciones, en términos de estados disfuncionales en el trabajador y resultados negativos para la organización y sus miembros. Podemos resaltar los siguientes:

- **MONOTONÍA:** representa un estado similar al aburrimiento o “somnolencia”, determinado por una actividad simple y repetitiva y/o pobre en estimulación, ejecutada en un período prolongado de tiempo. El trabajador siente la situación como uniforme, aburrida, estúpida. Percibe que el tiempo se prolonga subjetivamente, reduciendo el volumen de la atención. Ello trae como consecuencia que se ejecuta la actividad de forma apática; con un impacto negativo, tanto en el rendimiento, como en el desarrollo de la personalidad.

Existen ciertas estructuras de actividades que por sí mismas tienden a conducir a estados de monotonía como son las tareas repetitivas, con pobreza de estimulación, ejercidas durante un tiempo largo y que no le permite al individuo desviar la atención, ofreciéndole pocas posibilidades para la creatividad o el contacto social.

Sin embargo, al ser este un estado subjetivo, no depende solo de la estructura de la actividad. También puede estar influido por características personales. Se incrementa con el nivel cultural del trabajador y las expectativas asociadas al trabajo.

- **FATIGA:** Disminución temporal del rendimiento laboral determinado por una actividad intensa y prolongada. El trabajador experimenta una sensación general de cansancio, disminuye su capacidad de concentración

y pensamiento, así como su alegría en el trabajo, aumentando su irritabilidad. Constituyen indicadores de la fatiga el aumento de los errores, la propensión a los accidentes, la disminución del rendimiento. Desaparece tan pronto se toma un descanso o pausa.

- **HASTÍO PSÍQUICO:** Disminución temporal del rendimiento asociado con un disgusto o rechazo hacia el trabajo y una valoración negativa de la actividad, debido a una pérdida del sentido personal de este o falta de un objetivo definido. El trabajador experimenta exaltación, enfado, desgano, tedio, apatía y desagrado por su actividad, afectando su identidad con la tarea. En ocasiones, puede llegar a sentir aversión hacia el trabajo.

Este estado disfuncional provoca un aumento de los errores en el trabajo y tendencias crecientes a interrumpir o abandonar la actividad.

- **ESTRÉS:** Reacción física y psicológica de inadaptación a ciertos eventos y situaciones de la actividad laboral llamados estresores. Si el estresor adquiere mucha intensidad o se prolonga en el tiempo, el organismo se agota en su esfuerzo por adaptarse, pudiendo aparecer alteraciones psicósomáticas. Es importante destacar que existen diferencias individuales y diferentes estilos de afrontamiento y, por lo tanto, aunque hay situaciones generadoras de estrés, no todos los individuos lo vivencian de igual forma ni reaccionan igual ante ellas.

Las principales fuentes productoras de estrés son, a nivel organizacional: la sobrecarga de trabajo, la subutilización, la ambigüedad de rol, el sentimiento de falta de control y el cambio organizacional; a nivel individual: eventos vitales traumáticos, susceptibilidad al estrés, intolerancia, dependencia, falta de un sistema de apoyo (por ejemplo, familiar).

Se ha llegado incluso a denominar “la enfermedad del siglo XXI” por los elevados índices de incidencia que ha mostrado a nivel internacional.

- **SÍNDROME DE BURNOUT:** Construcción multidimensional que se caracteriza por una tendencia a apartarse psicológicamente del trabajo. Ocurre en personas muy motivadas por el rendimiento, que desarrollan un estado emocional de frustración o desadaptación en relación con las expectativas previas al cabo de un tiempo de dedicación a la profesión. Puede ser provocado por un estrés sostenido a largo plazo, por un excesivo grado de autoexigencia o por escasez de recursos, conflictos sin resolver, ambigüedad de rol, castigos inapropiados y falta de reconocimiento.

Los principales indicadores del *burnout* son el agotamiento emocional, la despersonalización (separación emocional, falta de interés en el objeto de su trabajo y en las cosas en general, actitud cínica y poco sensitiva), sentimientos de bajo logro personal (frustración e indefensión) y el distanciamiento emocional, que puede convertirse en distanciamiento físico.

- **MOBBING O ACOSO PSICOLÓGICO:** Uso intencional del poder para provocar daños psicológicos (en la autoestima, autovaloración) o la posibilidad de daños de otro tipo (físico, social, económico, etc.). Sus principales manifestaciones conductuales son: ninguneo, ofensas, bochornos, agresiones verbales, rumores ofensivos, desacreditación pública. El acosador persigue el despido o abandono voluntario de la víctima del acoso.

Este fenómeno disfuncional, aunque apenas se ha investigado en Cuba, ha recibido la atención de los psicólogos en el contexto internacional por sus índices de incidencia y la intensidad de sus consecuencias para las víctimas. El primer paso para su prevención es el reconocimiento de su existencia.

- **FALLOS Y ACCIDENTES LABORALES:** Por fallo entendemos una acción errónea, o sea, el fracaso de un trabajador al realizar una actividad. El accidente es una de las consecuencias más graves del fallo. No siempre que hay un fallo, es seguido por un accidente, pero puede ocurrir. Para que se defina como un accidente de trabajo tiene que haber lesiones corporales.

Tradicionalmente se ha culpado al trabajador de los fallos y accidentes. Sin embargo, por la naturaleza de los accidentes, estos no se deben a un solo factor, sino a un desajuste entre las características de las personas y las exigencias y condiciones de la actividad laboral. Ambos deben ser investigados en las organizaciones para prevenir su reincidencia y las consecuencias negativas que tiene para la organización, los trabajadores y sus familias.

Todos los fenómenos negativos mencionados traen consigo no solo afectaciones para sus miembros, en los que pueden incluso manifestarse enfermedades profesionales, algunas de ellas crónicas; sino también resultados negativos para la organización. La organización debe diseñar una política, con su consecuente despliegue, que permita monitorear y controlar estos aspectos disfuncionales para poderlos prevenir y/o minimizar, así como potenciar en sus prácticas cotidianas los aspectos funcionales como el desarrollo de la personalidad, la satisfacción y motivación laboral.

Por último, queremos referirnos a la influencia de los factores sociopsicológicos en la Efectividad Organizacional.

Efectividad organizacional

Se considera relevante la consideración de la eficacia y la eficiencia para evaluar la efectividad organizacional, ya que representan criterios objetivos y realistas, que pueden ser medidos cuantitativamente. Sin embargo, existe un predominio desmedido de estos indicadores para evaluar la efectividad organizacional, sin la necesaria inclusión de aquellos aspectos relacionados con el factor humano.

Resulta imprescindible enfatizar también en el valor de las personas, como elementos claves para alcanzar la efectividad del sistema organizativo, abordando la efectividad organizacional atendiendo no solo a criterios económicos, sino incorporando en su análisis dimensiones o variables psicosociales, asociadas al factor humano como elemento estratégico para alcanzar el éxito organizacional.

En la comprensión de la efectividad organizacional desde el punto de vista sociopsicológico se integran diferentes elementos o variables, que tienen relación directa con la efectividad organizacional. Las relaciones entre estas variables se muestran de modo particular en cada organización. Cada variable alcanza valor solo en dicha interrelación, lo que permite afirmar que la dinámica del funcionamiento de cada organización va a resultar única. Luego, las relaciones que puedan identificarse van a describir el funcionamiento organizacional, sobre la base de la interrelación entre las variables y sobre ello, se actuará

posteriormente en aras de gestionar los procesos de cambio y desarrollo en la organización (Fig. 3).

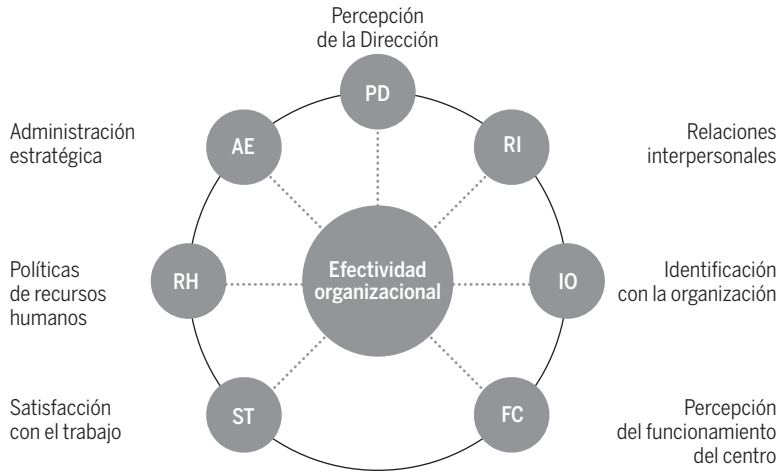


Fig. 3. Variables de la efectividad organizacional.

Uno de los elementos que más influye en la efectividad de las organizaciones desde el punto de vista sociopsicológico es la percepción de la dirección. En toda organización laboral, resulta vital el subsistema gerencial para su adecuado funcionamiento. La toma de decisiones, la proyección estratégica, el estilo de dirección, las relaciones que se establecen con los trabajadores y la preparación profesional demostrada en el ejercicio de sus funciones por los directivos, van a influir en la percepción de los trabajadores acerca de la dirección.

La confianza de los trabajadores en sus directivos y la seguridad de que poseen las competencias necesarias para tomar decisiones que favorezcan a todos los empleados y a la organización en su conjunto, favorece su compromiso con la organización y su sentido de pertenencia. Una de las principales vías para lograrlo es que los directivos estén preparados y posean las competencias para llevar a cabo sus funciones, contribuyendo en su gestión a satisfacer las necesidades individuales y al cumplimiento de los objetivos organizacionales.

Al mismo tiempo, es importante que los directivos mantengan relaciones interpersonales armónicas con sus trabajadores, basadas en el respeto y la colaboración mutua, con una comunicación efectiva y un estilo de dirección participativo, que permita a los subordinados participar de la vida de su organización, sintiéndose parte de sus éxitos y fracasos y realizando su mayor esfuerzo para alcanzar los objetivos.

Por otra parte, los directivos deben garantizar con su ejemplo personal y sus conocimientos técnicos y de dirección, ejercer una influencia positiva en los resultados del trabajo, para lo cual la supervisión que realizan de la actividad de sus subordinados resulta esencial. El papel de la supervisión debe estar enfocado en garantizar la calidad del proceso laboral, mediante la demostración de la mejor manera de realizar la actividad y el acompañamiento en el proceso de aprendizaje, más que en señalar y sancionar los errores que se cometan. Permitir al trabajador equivocarse, siempre que se aprenda de los errores cometidos para no volver a equivocarse en el futuro, es una manera de garantizar el aprendizaje y que el trabajador perciba a su jefe como modelo.

Otro aspecto relevante en la efectividad de las organizaciones laborales desde el punto de vista sociopsicológico es el carácter de las Relaciones Interpersonales que se establecen al interior de la organización, tanto entre los diferentes individuos como entre los grupos, áreas o departamentos organizacionales.

Diferentes estudios realizados acerca de la calidad de vida laboral evidencian que la percepción de los trabajadores acerca del establecimiento de relaciones interpersonales armónicas con los miembros de su grupo de trabajo y de la organización en general, así como el carácter colaborador de dichas relaciones, será un elemento adicional para garantizar su compromiso con la organización. En la medida en que el trabajo en equipo se desarrolle, mayores beneficios traerá para todos y la organización.

Mientras, las relaciones de rivalidad, en las que predomina el interés por los resultados individuales, van a ir en detrimento de los objetivos organizacionales.

Al mismo tiempo, resulta esencial no solo que los trabajadores mantengan relaciones adecuadas al interior de su grupo de trabajo, sino que las diferentes áreas de la organización funcionen de manera coordinada y armónica, ya que constituyen diferentes subsistemas a su interno y cualquier afectación en el funcionamiento de uno de ellos, va a influir en el resto de manera significativa.

Unido a lo anterior, el tercer aspecto que queremos resaltar asociado a la efectividad de la organización es la Identificación con la Organización. Los trabajadores identificados con la organización y que evidencien sentido de pertenencia a esta, trabajarán de manera adecuada para el logro de sus objetivos, mostrando compromiso y responsabilidad.

Existen múltiples aspectos relacionados con la identificación, algunos ya comentados como el sentido de pertenencia de los miembros a su grupo, el estilo de relaciones que establecen los directivos y subordinados y los grados de libertad que depositan en ellos, delegando tareas y responsabilidades en aquellos que cuentan con la preparación necesaria para asumirlas o trabajando en el desarrollo de competencias en quienes todavía requieren de una mayor preparación.

Otros aspectos que influyen en la identificación con la organización son: la participación de los trabajadores en el proceso de toma de decisiones y su influencia en el funcionamiento de su puesto de trabajo, así como el nivel de información que poseen sobre la organización y los elementos relacionados con su actividad laboral, que repercuten en la calidad de su desempeño.

Resulta vital que los trabajadores puedan expresar su personalidad en el ejercicio de su actividad laboral. La participación en la toma de decisiones acerca de la mejor manera de implementar sus tareas y los grados de libertad para realizarla de manera autónoma, con espacios a la creatividad y oportunidades para desarrollar habilidades, destrezas y competencias a través de este, contribuirán de manera positiva a elevar la motivación de los trabajadores y su compromiso con la organización.

Al mismo tiempo, los trabajadores se sentirán más identificados en la medida que la organización alcance una mayor relevancia desde el punto de vista social, a la par de que esté orientada a la satisfacción de sus necesidades individuales.

Además, la identificación con la organización va a estar asociada a un elemento vital para garantizar la efectividad organizacional: mantener bajos índices de fluctuación laboral. Trabajadores identificados muestran una proyección positiva de su comportamiento futuro en la organización. Así, se implicarán activamente en las actividades organizacionales y orientarán su comportamien-

to al logro de los objetivos, sintiendo que en la medida que contribuyen a su alcance, favorecen la satisfacción de sus propias necesidades, lo que potencia un compromiso activo con su participación en la dinámica organizacional.

Por otra parte, se incluye como otro aspecto central para garantizar la efectividad de la organización la Percepción del Funcionamiento del Centro que tienen sus trabajadores. Este aspecto se refiere al componente objetivo de la efectividad, por lo cual va a explorar la eficacia y la eficiencia de la organización, es decir, la consideración que tienen los trabajadores sobre la capacidad de la organización de alcanzar sus objetivos en el menor tiempo y con el mínimo costo posible.

Las organizaciones deben ser capaces de adaptarse de manera rápida y efectiva a los cambios de su entorno, en su consideración como sistemas, así como de asimilar y apropiarse de los conocimientos y habilidades producidos por la relación entre las acciones desarrolladas y los resultados alcanzados; e institucionalizar las experiencias vividas para enfrentar nuevas situaciones en el futuro.

La imagen que tienen los trabajadores acerca del funcionamiento de su organización y de sus perspectivas futuras, genera la emergencia de procesos sociopsicológicos que influyen en el comportamiento organizacional y repercuten en la calidad de su desempeño y, por ende, en la consecución de los objetivos estratégicos de la organización. O se consigue que los empleados realicen un trabajo con calidad, orientado al cumplimiento de los objetivos, o se producen resultados desfavorables para la efectividad de la organización, como pueden ser el aumento de los índices de accidentalidad, el ausentismo y la fluctuación laboral.

Ello se puede fomentar, entre otras vías, a través de los sistemas de comunicación e información organizacionales y de potenciar un clima sociopsicológico de apoyo mutuo, donde se complementen los conocimientos y experiencias diversas, puestas a disposición de la consecución de los objetivos grupales y organizacionales, mediante el trabajo en equipo.

Un quinto elemento que consideramos necesario incluir en el análisis es la satisfacción con el trabajo, una de las categorías más controvertidas en los estudios organizacionales, dada su complejidad y multicausalidad.

Asociado a este elemento se encuentra la motivación por el trabajo como una de las principales fuentes de satisfacción laboral, estrechamente vinculada al tema de la identificación y el sentido de pertenencia a la organización. Se concibe como bienestar psicológico que se genera a nivel individual y que tiene que ver con el contenido de la actividad laboral que desempeña el individuo. Cuando al trabajador le gusta lo que hace, se siente realizado en el ejercicio de sus funciones y ello le imprime disposición para realizar cada vez mejor las tareas.

Sin embargo, no solo la motivación va a generar satisfacción laboral, sino que existen otros factores que inciden notablemente en ella, como la autorrealización profesional y la estimulación moral y el reconocimiento que reciben los trabajadores por los resultados de su actividad.

Por su parte, las principales fuentes de insatisfacción van a estar asociadas a deficientes condiciones de trabajo, una pobre estimulación material, la inseguridad de conservar el puesto de trabajo y la retribución inadecuada en términos económicos. En este último sentido, trabajadores insatisfechos con el salario, que no logren compensar sus expectativas y necesidades, contribuirán a elevar los índices de fluctuación potencial y permanecerán en la organización, siempre

que no encuentren otro empleo que les retribuya su trabajo de manera más elevada. Por ello, uno de los principales puntos a tener en cuenta para disminuir la insatisfacción laboral es la retribución justa y adecuada a la actividad laboral que desempeña el trabajador y a la calidad de sus resultados.

Al mismo tiempo, para que los trabajadores no se sientan insatisfechos, resulta relevante la seguridad de empleo, es decir, los trabajadores sentirán mayor compromiso con una organización que garantiza su empleo, siempre que sus resultados sean positivos y contribuyan al cumplimiento de los objetivos grupales.

Incluimos otro factor sociopsicológico que consideramos relevante para que la organización sea efectiva y son las Políticas de Recursos Humanos. Para que los trabajadores se encuentren comprometidos con la organización resulta imprescindible que el factor humano sea considerado como el elemento estratégico básico para garantizar la efectividad organizacional, como "ventaja competitiva fundamental de la organización" (Cuesta, 2005: 31).

De este modo, las políticas adecuadas y justas para la selección de personal, las estrategias de inducción de los seleccionados a la organización, la identificación de competencias necesarias para el puesto de trabajo y su evaluación en los trabajadores, con el fin de implementar programas de desarrollo y planes de carrera a la medida de sus necesidades, la valoración de la retribución acorde a la actividad laboral que desempeñan, las políticas de protección al trabajador en aquellos casos en que estén expuestos a sustancias nocivas para el ser humano o a riesgos laborales que es necesario minimizar mediante adecuadas estrategias de protección e higiene del trabajo y el establecimiento de criterios para la evaluación del desempeño, resultan actividades claves para garantizar una percepción favorable de la organización por parte de sus trabajadores (Chiavenato, 2011; Cuesta, 2005; Díaz, 2005).

La calidad de las políticas de recursos humanos tiene un vínculo directo con la capacidad de la organización para incorporar, desarrollar y mantener a trabajadores competentes y satisfechos con su trabajo, eficaces y eficientes en la consecución de los objetivos organizacionales.

Por último, incorporamos como elemento importante la administración estratégica, en el sentido de la valoración que realizan los trabajadores acerca de las estrategias diseñadas en la organización para conseguir sus objetivos.

Es imprescindible que la organización desarrolle estrategias que le permitan alcanzar resultados positivos en su gestión, orientadas a la calidad de los resultados del trabajo y al mejoramiento continuo. Para ello, debe ser capaz de analizar a profundidad el entorno, a modo de poder adaptarse a sus cambios de una manera proactiva, partiendo de las fortalezas y debilidades concretas de la organización y analizando las oportunidades y las amenazas del contexto; todo ello unido a la consideración de las necesidades de los clientes como uno de los elementos más importantes de la planificación del trabajo.

La organización debe tener definida su misión, así como proyectar su visión hacia el estado futuro deseado. De este modo, los objetivos organizacionales deben entonces dirigirse al logro de la misión de la organización y estar claramente definidos, siendo del conocimiento de sus miembros. Así, se garantiza que todos trabajen en aras de alcanzar los objetivos propuestos, con claro conocimiento de cuáles son sus roles para alcanzarlos.

Es importante insistir en la idea de la importancia que le atribuimos a la percepción que tienen los trabajadores acerca de su efectividad organizacional,

en tanto representan los juicios de los miembros de la organización acerca de su funcionamiento, lo cual tendrá repercusión en la calidad de vida laboral subjetiva.

El mundo de las organizaciones laborales desde una mirada psicológica es mucho más rico y profundo de lo que pudiéramos tratar en este pequeño espacio. No obstante, ha sido nuestro objetivo invitarle a usted, que seguramente se ha visto reflejado o reflejada personalmente, o a través de un amigo, familiar o pareja, en muchas de las temáticas comentadas en estas líneas, a profundizar en ellas. Se encontrará con un mundo fascinante, de gran vigencia en la actualidad de nuestro contexto social y económico y podrá dar mejor respuesta a aquella pregunta inicial, que es quizás la que más responden los psicólogos organizacionales: ¿qué hace un psicólogo en una empresa?

Liderazgo, procesos directivos y efectividad de grupos y organizaciones

Julio César Casales

En el presente escrito, pretendo sintetizar algunas ideas básicas acerca del papel que puede desempeñar la psicología en el incremento de la productividad o el mejoramiento del desempeño en los ambientes laborales, a través del perfeccionamiento del ejercicio del liderazgo y los procesos directivos. Quiero aclarar que voy a estar hablando del papel de los líderes y directivos, pero a nivel de base; no a escala social general, sino a nivel del grupo de trabajo, la brigada, el departamento, y a nivel de los diferentes equipos que se constituyen en las organizaciones para resolver problemas. Y ese es un nivel muy importante, puesto que ahí radica (desde mi punto de vista) la primera gran trinchera de la productividad.

Para su mejor comprensión, voy a dividir esta presentación en dos partes. En la primera de ellas realizaré algunas precisiones conceptuales; mientras que en la segunda me concentraré específicamente en el análisis del impacto del liderazgo y los procesos directivos en el desempeño laboral, y, en consecuencia, el papel que puede jugar la psicología en todo ese proceso.

Precisiones conceptuales

La primera precisión es establecer una distinción entre líderes y directivos (o dirigentes, como tradicionalmente se les conoce).

¿Qué es un líder de grupo?

Se trata de una persona con alta capacidad para influir en los demás, motivarlos, inspirarlos, aglutinarlos y arrastrarlos para la consecución de metas compartidas. Pero se trata de una influencia espontánea. Para dar una definición técnica (Casales, 2017), tendría que plantear que

Liderazgo es el proceso de motivar e influir significativamente en otros, de manera espontánea, para el logro de metas compartidas; recibir un alto grado de respaldo de estos, y realizar contribuciones de significación para el logro de dichas metas.

Esta constituye una acepción que se aproxima más a las que se enmarcan dentro de las denominadas ciencias del comportamiento, a diferencia de la acepción utilizada por parte de las ciencias de la administración, en las que habitualmente se considera que líder es la persona que ocupa un cargo.

De acuerdo con la definición que he expresado más arriba, el liderazgo no está determinado por la posesión por parte del individuo de una serie de características o rasgos específicos de la personalidad, que lo convierten au-

tomáticamente en líder. Convertirse en líder depende de la personalidad, pero solo en una limitada magnitud. Los líderes pueden ser personas con características *personológicas* completamente diferentes. Esto se observa claramente al comparar líderes de grupos diferentes, o que actúan en contextos distintos. Convertirse en líder depende más bien de una combinación de habilidades interpersonales y de relación, con factores de situación, pero de estos factores en interacción.

Se pueden identificar tres grandes conjuntos de factores intervinientes en este proceso. En primer lugar, la capacidad del individuo para relacionarse con los demás; de manera que la comunicación constituye un factor muy importante para el ejercicio del liderazgo. Es a través de esta que puede tener lugar el proceso de influir en los demás. En segundo lugar, la capacidad de la persona para realizar contribuciones de significación a la solución de los problemas que el grupo enfrenta. Aquí intervienen sus habilidades para desarrollar tareas y resolver problemas. Esto implica que debe existir una gran correspondencia entre las características del individuo y las demandas o exigencias que la situación plantea. No se trata de la existencia en el individuo de rasgos específicos (como se dijo), pero las características del individuo han de corresponderse (ser pertinentes) con las exigencias que las situaciones plantean. Un líder de grupo debe aportar más que el miembro promedio a la solución de los problemas, y según cambian las situaciones y sus exigencias se requerirán características diferentes y pertinentes a las nuevas situaciones. Por ello, el liderazgo en los grupos puede variar de uno a otro individuo a través del tiempo. Es decir, como que los grupos se están moviendo constantemente en la dirección de sus metas, para lo cual han de atravesar diferentes situaciones, y como que las diferentes situaciones pueden hacer exigencias diferentes, los líderes pueden cambiar de situación a situación a lo largo de la historia del grupo. En tercer lugar, convertirse en líder depende no solo de la capacidad del individuo para realizar contribuciones de significación a la solución de las tareas y problemas que el grupo enfrenta, sino, además, de la capacidad del individuo para canalizar y gratificar las necesidades y expectativas de sus seguidores. Solo así se les puede motivar y realizar una influencia efectiva sobre ellos. Sin embargo, en vista de que las necesidades de la membresía de los grupos no son estáticas, sino, más bien dinámicas y susceptibles de modificación y desarrollo a través del tiempo, la tesis situacional del liderazgo cobra sentido también con respecto a esta condición.

Por tanto, en distintos momentos los líderes han de dar respuestas a las exigencias cambiantes de las características y orientaciones grupales para poder preservar su liderazgo. Quiere esto decir, que convertirse en líder y mantener el liderazgo plantea la consideración de una compleja interdependencia entre factores de diverso tipo aquí expresados. Hay quien es muy buen trabajador: serio, cumplidor, responsable, disciplinado; pero puede no ser un líder de grupo, pues no arrastra, no aglutina, no se relaciona bien con otros, no gratifica las necesidades de los demás. Y de igual modo, una persona puede ser líder en un tipo de grupo, pero no serlo en otro, con características y necesidades diferentes de su membresía.

Por otra parte, debe tenerse presente, que el análisis del liderazgo debe realizarse vinculado al estudio de las estructuras fundamentales que en los grupos humanos se desarrollan: Una cosa es la Estructura de Tareas (Estructura Funcional), y otra es la Estructura Afectiva. Por tal motivo, cuando hablamos

de liderazgo a nivel de los grupos de contacto directo, siempre tendremos que plantearnos la siguiente pregunta: ¿liderazgo con respecto a qué estructura? Esta pregunta se debe a que un individuo puede emerger como un líder de la estructura funcional de su grupo (sistema de relaciones orientadas a la consecución de los objetivos que constituyen la razón primaria por la cual el grupo existe), pero no ser un líder de la estructura afectiva de este (sistema de relaciones emocionales del grupo), o viceversa. También podría ser un líder en ambas, aunque lo que comúnmente sucede, según demuestran las investigaciones psicosociales (Casales, 2017), que como estas estructuras constituyen sistemas diferenciados de relaciones que hacen exigencias diferentes a las personas, existe el fenómeno del doble liderazgo, y en tal caso, el liderazgo funcional y el emocional pueden recaer en personas diferentes. Pero también pueden existir grupos sin líderes en ninguna de sus estructuras básicas.

¿Qué es un jefe, un dirigente, un directivo?

Se trata de alguien que ha sido designado para ocupar un cargo, en el sistema de relaciones formales de un grupo u organización. Por tanto, es alguien que posee un estatus (jerarquía), autoridad y poder de decisión sobre las cosas que hacemos; refrendado este poder, por las normas, reglamentos o estatutos de la organización para la que se trabaja. Como que los dirigentes tienen jerarquía, también pueden influir en sus subalternos para hacerlos cumplir sus orientaciones, sin embargo, la influencia ejercida a través de la dirección o jefatura, difiere de la influencia ejercida a través del liderazgo, en cuanto a la fuente de autoridad. La autoridad del líder le es concedida al individuo de manera espontánea por su grupo; sin embargo, la autoridad del jefe deriva del sistema de normas pautadas por la organización, que son de obligatorio cumplimiento. Acatar la autoridad del jefe, es parte de nuestras obligaciones en tanto miembros de una determinada organización. Una cosa es hacer que las cosas se hagan en razón del cargo: eso es jefatura; pero otra cosa es inspirar, arrastrar, motivar, lograr compromiso de manera espontánea: eso es liderazgo.

Sin embargo, los conceptos de dirección (jefatura) y liderazgo no resultan contradictorios ni mutuamente excluyentes, un directivo puede ser un verdadero líder. El administrador de un establecimiento puede ser el líder natural de su organización, e influir a través de su autoridad personal (más allá de su autoridad formal). Y la influencia que él puede ejercer a través de su liderazgo resultará más efectiva que la que ejerza a través de las normativas y reglamentos, pues generará mayor motivación y compromiso. Como ha destacado Peter Drucker (uno de los grandes “gurus” del liderazgo), muchas organizaciones hoy en día se encuentran *sobre administradas...* se necesita más liderazgo. Y como ha sido demostrado en algunas de nuestras investigaciones (Casales, 1996), la efectividad de la dirección (medida en términos del grado en que los grupos logran sus metas), depende de la capacidad del directivo de ser realmente un líder. En tal sentido puede activar en mejor medida el potencial y las reservas internas de su personal. Pero, los líderes no nacen, se hacen, y existen programas para la formación de líderes, que permiten el desarrollo de habilidades de influencia interpersonal.

Los estilos de dirección y la efectividad de grupos y organizaciones

En la literatura psicosocial se le ha prestado considerable atención a los efectos que tienen los diferentes estilos de los directivos en el proceso de influir en sus

subalternos, en la productividad con la que estos trabajan y en el funcionamiento general de grupos y organizaciones. Al hablar de los estilos de liderazgo o dirección, nos estamos refiriendo precisamente a los modos, formas o maneras (relacionadas con las características de personalidad), mediante las cuales los líderes y directivos intentan ejercer influencia en los demás. Una extensa línea de investigaciones se ha desarrollado desde los estudios clásicos de Kurt Lewin hasta nuestros días (Bass y Bass, 2008). En efecto, la primera investigación científica acerca del análisis del impacto del estilo sobre el funcionamiento grupal, fue dirigida por Lewin en 1939. El objetivo más importante de dicha investigación fue examinar los efectos que sobre la conducta individual y grupal ejercen tres estilos de dirección denominados “autoritario”, “democrático” y *laissez faire*. Este trabajo evidenció que un mismo grupo se conducía de formas notablemente distintas al funcionar bajo la dirección de directivos que actuaban de manera diferente.

La investigación acerca de los efectos de los diferentes estilos de dirección, se realizó en grupos de niños de 11 años de edad. Estos grupos eran dirigidos por adultos, utilizando los tres estilos mencionados. En uno de los estilos, el adulto determinaba la política, los procedimientos y las actividades del grupo; este estilo se denominó *autoritario*. En otro, el adulto propiciaba la participación de los miembros en las decisiones y se comportaba de manera amistosa y servicial para con los miembros, les daba asistencia técnica y sugería procedimientos alternativos en la medida en que se hacían necesarios; este se llamó *democrático*. En el tercero, el dirigente adulto permitía una libertad completa de decisiones y de actividades, y mantenía sus propias sugerencias e iniciativas al mínimo; este se denominó *laissez faire (dejar hacer)* (también denominado *liberal*). Rotando a los dirigentes adultos y utilizando estos diferentes estilos de manera sistemática entre los grupos, fue posible comprobar el comportamiento de los distintos grupos con los mismos estilos, y detectar algunos efectos de estilos precedentes para el mismo grupo. Estos estudios demostraron que el tratamiento recibido de parte del dirigente tuvo un efecto significativo sobre el comportamiento de los miembros.

Investigaciones subsecuentes realizadas en diferentes contextos, han servido para apoyar algunas de las conclusiones de Lewin y sus asociados acerca de la relación existente entre las prácticas directivas y el funcionamiento grupal. Por otra parte, se han desarrollado otras clasificaciones importantes acerca de los diferentes estilos. Merecen ser mencionadas entre otras (por el grado de generalidad de su utilización), las clasificaciones de *centrado en las tareas versus centrado en las relaciones*, de Bales y Slater; y la del Grid Gerencial (*interés por las personas e Interés por la producción*) de Blake y Mouton.

Sobre los tipos de dirigentes

Con la finalidad de ilustrar la importancia del análisis de los diferentes estilos y su impacto en la productividad, haré referencia a una clasificación muy difundida que considera los prototipos de *autoritario* y *centrado en las tareas*, en contraste con *democrático* y *centrado en las relaciones*, aunque existen otras modalidades.

Ante todo, deseo aclarar que la expresión “autoritarismo” utilizada en esta clasificación, no se refiere al significado que se le da a este término en la teoría sociopolítica. Se refiere a la tendencia del directivo a la centralización del proceso de toma de decisiones grupales. De manera que un dirigente au-

toritario y centrado en las tareas es alguien que tiende a centralizar la toma de decisiones, y se orienta preferentemente a la productividad más bien que a las relaciones interpersonales. Sin embargo, un dirigente democrático y centrado en las relaciones es alguien que tiende a crear espacios de participación para los subalternos en relación con el proceso de toma de decisiones a nivel del grupo y se orienta a las relaciones con estos, brindándoles soporte emocional. Aunque esto no significa que no le interese el trabajo; posiblemente le interesa tanto como al Centrado en las Tareas. Lo que sucede es que busca lograr incrementos en la productividad creando una dinámica participativa y de consideración hacia los sentimientos de las personas.

Sobre la efectividad de cada prototipo de directivo

La cuestión que inevitablemente surge es la siguiente: ¿Cuál de estos dos prototipos, el autoritario y centrado en las tareas, en contraste con su contraparte, democrático y centrado en las relaciones, resultan más efectivos en términos del grado en que los grupos que dirigen logran sus metas fundamentales? La respuesta, de conformidad con los resultados de las investigaciones realizadas tanto en el extranjero (Bass y Bass, 2008), como en nuestro país (Casales, 1996 y Casales, 2005), resulta muy clara y tajante: Ninguno resulta más efectivo que el otro en todas las situaciones. Cada uno de ellos resulta efectivo en determinadas situaciones, pero inefectivo en otras. Es decir, se expresa aquí la tesis situacional de la eficacia directiva. Entonces, de inmediato podemos plantearnos la siguiente cuestión: ¿Cuáles son las situaciones específicas en las que cada uno de ellos tiene éxito, y en cuáles fracasan?

Determinantes situacionales que afectan la efectividad de cada uno de los estilos de dirección

Como se ha dicho, para el análisis del grado en que cada estilo resulta más o menos efectivo, deben ser tomados en consideración diversos factores de la situación en la que está insertado el directivo. Como se comprenderá, existe un gran número de factores que pueden afectar la eficacia directiva en contextos particulares. Ninguno de los modelos explicativos de la eficacia directiva ha podido resumirlos todos. Deseo presentar aquí algunos de los determinantes más representativos considerados en la literatura especializada sobre el tema, que tienen como base los resultados de las investigaciones. Es decir, no voy a referirme aquí a toda la retórica presentada en diferentes "Manuales sobre Técnicas de Dirección", sino específicamente a los resultados de las investigaciones.

Desde mi perspectiva, existen cuatro grupos de factores generales (y en cierto sentido "universales"), puesto que aun cuando no son los únicos que puedan afectar las situaciones particulares, sin embargo, están presentes en cualquier contexto en que se dirija. Conviene recordar aquí, que me estoy refiriendo a las prácticas directivas y sus efectos, pero a nivel del grupo de contacto directo (grupos de trabajo, brigadas, departamentos, equipos de diverso tipo).

Los factores y su análisis

Tomando como referencia investigaciones y publicaciones de diversos autores (Bass and Bass, 2008), incluyendo las realizadas por mí y otros colaboradores (Casales, 1996; Casales, 2005; Casales y Cols., 2014 y Casales y Barrios, 2016), es posible señalar cuatro factores influyentes:

- **PRIMER FACTOR:** Grado de estructura de las tareas que se ejecutan por los miembros del grupo.
- **SEGUNDO FACTOR:** Grado de madurez (laboral y psicológica) que posee el grupo que se dirige.
- **TERCER FACTOR:** Relaciones dirigente-subalternos.
- **CUARTO FACTOR:** Grado en que el dirigente satisface la condición de líder de su propio grupo.

En cualquier contexto en que se dirija, deberá considerarse el grado en que cada uno de estos factores afecta la eficacia relativa de los estilos considerados.

A continuación, analizaremos sintéticamente (por razones de espacio) cada uno de ellos; su incidencia específica, sin ponerlos en relación unos con otros.

Primer Factor

El primer factor se refiere, como se dijo, a las características de las tareas que el grupo desarrolla desde el punto de vista de su grado de estructura. Este aspecto está relacionado con el grado en que la actividad del grupo dispone, por su propia naturaleza, de pautas previamente definidas de realización, o si, por el contrario, admite una diversidad de procedimientos y enfoques para su abordaje. En tal sentido, las tareas pueden ser consideradas como de alto o de bajo grado de estructura. En tareas muy estructuradas, que poseen procedimientos y vías definidas y preestablecidas de realización, se requiere orientar con precisión, de conformidad con los manuales de procedimiento, se necesita un gran control de los pasos de realización y deben contar con una estricta supervisión de los aspectos establecidos, puesto que las alteraciones en tal sentido pueden dar al traste con la calidad de su ejecución (no se puede ser permisivo), para lo cual existe la posibilidad de verificación objetiva de lo correcto de las operaciones. Este tipo de tareas no requiere la búsqueda de consenso mediante discusión. Más bien, la puesta en práctica del manual de procedimientos. Un ejemplo de este tipo de tareas son las que se desarrollan muchas veces en los talleres de producción (aunque no solo dentro de este contexto). Diversas investigaciones indican la pertinencia en estas situaciones de estilos centrados en la tarea, y en cierto sentido autoritarios (de mucho control y alto grado de centralización).

Sin embargo, en tareas de bajo grado de estructura, en el sentido de que admiten una diversidad de enfoques y procedimientos alternativos de realización, así como la existencia de diversas soluciones que pueden ser correctas, se requiere que se tenga muy en cuenta la opinión de los demás. Se necesita estimular la participación y la creatividad de las personas en el proceso de encontrar solución a los problemas, que no suponen una única posible vía. En tales casos, las pautas democráticas y de consideración a las personas (orientación a las relaciones, que genere un clima positivo que las estimule a la expresión de iniciativas), han resultado más efectivas en contraste con los patrones únicos y centralizados de decisión y solución. Son ejemplos de estas tareas (entre muchas), el diseño de políticas de diverso tipo, el desarrollo de estrategias competitivas y de posicionamiento, la evaluación e identificación de factores para mejorar el crecimiento y el desempeño.

Segundo Factor

El segundo factor, referido a la madurez de los subalternos, posee dos aspectos: madurez laboral y psicológica.

La madurez laboral se refiere al grado de conocimientos, habilidades y experiencias que poseen los miembros para la realización de su trabajo. En definitiva, su entrenamiento para lo necesario.

La madurez psicológica se refiere a la motivación y voluntad para plantearse metas y asumir responsabilidades.

Consideraremos como prototipos (a modo de ejemplos) solo dos situaciones extremas (por razones de espacio), podríamos encontrarnos con una situación de bajo grado de madurez en que el grupo (los subalternos) poseen poca experiencia y entrenamiento, así como poca disposición o motivación para asumir responsabilidades (“ni pueden, ni quieren”). En una situación como esa, el estilo directivo más apropiado, de conformidad con los hallazgos investigativos, resulta el centrado en las tareas y autoritario (de mucho control). Grupos con pocos conocimientos y poca disposición y compromiso para asumir responsabilidades, requieren supervisión estricta, mucho control y estar muy centrado en las tareas. Sin embargo, en una situación de alto grado de madurez en la que el grupo (los subalternos), poseen muchos conocimientos, experiencia y entrenamiento; y poseen una alta motivación para asumir responsabilidades (“quieren y pueden”), las pautas más efectivas del estilo han sido las de democrático y considerado con las personas. Requieren menos control, mayor libertad de acción y más delegación. Este estilo le permite al grupo y a su membresía la expresión de todo su potencial, desarrollo de sus iniciativas y creatividad, lo cual tiene un impacto favorable en el resultado del trabajo.

Tercer Factor

El tercer factor se refiere a las relaciones dirigente-subalternos. La comunicación constituye un factor fundamental en el proceso de dirección. En cualquier contexto en que se dirija los dirigentes han de estarse comunicando constantemente con sus subalternos. Sin embargo, téngase presente que este aspecto no se refiere específicamente al grado de claridad y precisión con que se transmiten y reciben los mensajes. No se trata aquí del asunto de poseer habilidades en técnicas comunicativas. Por supuesto que ello es importante, pero dicho aspecto se refiere (de conformidad con las investigaciones referenciadas), al grado de aceptación y respaldo espontáneo con que cuenta el dirigente. En contextos en que las relaciones dirigente-subalternos resultan satisfactorias en el sentido especificado más arriba, los estilos democráticos y de consideración hacia las personas, en general, resultan más apropiados y producen los mejores resultados. Puede tener lugar un proceso de influencia efectiva en ellas, sobre la base de la armonía y reciprocidad en los contactos. Es más fácil lograr una comunicación apropiada que beneficie la aceptación, compromiso y cumplimiento. En consecuencia, el proceso de dirección se ve favorecido por tal condición. Sin embargo, en contextos (situaciones de dirección), en que las relaciones con los subalternos resultan insatisfactorias, difíciles, y hasta conflictivas, resulta muy difícil dirigir con base en las relaciones, puesto que el directivo no cuenta con la aceptación y el respaldo espontáneo necesario. En estos contextos, los estilos autocráticos e impositivos se convierten muchas veces en la única alternativa para que se acaten las orientaciones, algo que, sin embargo, con el paso del tiempo podría resultar contraproducente.

De todos modos, no se puede ser absoluto. No siempre las relaciones satisfactorias conducen a que el estilo centrado en las relaciones sea el apropiado. Téngase presente que pueden existir situaciones de trabajo en las que sin existir

problemas de tensión en cuanto a las relaciones dirigente-subalternos, se requiera establecer "distancias", y que el dirigente no se involucre demasiado en los sentimientos de sus subalternos. Puede que estar demasiado comprometido en el plano afectivo y de relaciones, dificulte la toma de medidas oportunas y apropiadas. En estos casos, resultaría más adecuado (según el reporte de algunas investigaciones) un estilo más bien centrado en las tareas, y no por el hecho de que existan dificultades de relación dirigente-subalternos.

Cuarto Factor

Este factor tiene que ver con el grado en que el dirigente llena las exigencias de la condición de líder, desde la perspectiva de la percepción de su propio grupo, que es quien confiere tal condición. Es decir, llenar la condición de líder, no depende del criterio que tengan los superiores del directivo. Se trata de una condición que otorga el grupo. Resulta claro, a partir del concepto de liderazgo que expresamos más arriba, que cuando un dirigente llena esta condición, ello constituye un factor fundamental para el logro de su efectividad directiva, en lo referente al proceso de influir en las personas de forma espontánea. De hecho, en las investigaciones de Casales (1996), se puso de manifiesto que este constituía el factor más importante de aquellos elementos de la situación que afectan la capacidad de influir. Aún más importante que un estilo particular.

Sin embargo, debe tenerse presente que cuando el directivo no satisface la condición de líder del grupo que dirige, existe la posibilidad de que otro miembro la satisfaga, convirtiéndose de este modo en el líder emergente del grupo, con capacidad de nuclear e inspirar, y con una influencia más efectiva que el dirigente sobre sus compañeros de equipo. Ello puede tener efectos favorables sobre la consecución de las metas, en caso de que se trate de un líder positivo. Pero en este caso resulta esencial la naturaleza de las relaciones entre el dirigente y el líder emergente. El dirigente debe establecer alianzas con este líder emergente y no considerarlo como su rival, si desea aprovechar el potencial de esta persona para el logro de los objetivos del grupo. Por ello, en situaciones de este tipo, la efectividad del trabajo grupal, dependerá de la naturaleza de las relaciones dirigente-líder emergente. De todos modos, es posible que el líder emergente constituya un líder negativo (alguien que arrastra hacia el no-compromiso con los objetivos), e influya desfavorablemente en la capacidad del dirigente para mover al grupo a la meta.

En situaciones de este tipo se deben diseñar estrategias que contrarresten tales efectos negativos. Sin embargo, conviene alertar en el sentido de que no puede considerarse como líder negativo (y "hacerle la guerra") a un miembro, solo por el hecho de poseer opiniones discrepantes, puesto que muchas de estas ideas pueden constituir fertilizaciones apropiadas que coadyuven a la solución de complicados problemas, o al perfeccionamiento de las prácticas y procesos.

Consideraciones finales

La cuestión aquí es la siguiente: ¿Qué contribuciones puede realizar la psicología para perfeccionar las prácticas directivas y el ejercicio del liderazgo con vistas a lograr una influencia más efectiva en los subalternos y en consecuencia lograr grupos y organizaciones con mejor desempeño? Desearía remarcar que el papel de la psicología desde mi punto de vista, debe concentrarse en tres esferas: investigación, asesoría, y desarrollo de programas para la formación de directivos.

En cuanto a lo que a la investigación se refiere, debemos continuar investigando los factores generales que afectan la eficacia directiva, en términos del grado en que los grupos logran sus metas; pero, más directamente relacionado con el ejercicio de nuestra profesión, se deben de estudiar con mayor profundidad, las condiciones concretas y específicas (a nivel de los puestos de trabajo) que influyen en la eficacia relativa de los diferentes estilos. Se deben evaluar constantemente las situaciones en las que están insertados los directivos y determinar su grado de correspondencia con los estilos característicos de estos, de modo que puedan realizar una influencia más efectiva. Ello nos permitirá evaluar si el perfeccionamiento de la situación directiva debe tener lugar adecuando los estilos a los factores situacionales, o más bien modificando determinados factores situacionales que posibilitan lograr mayor efectividad en la utilización de determinado estilo característico del directivo, lo cual se revertirá en una labor de asesoría más específica y concreta al propio directivo y a la dirección de cuadros que lo evalúa.

Quiere esto decir que el asesoramiento a las direcciones de cuadros en lo que a las evaluaciones de dirigentes se refiere, para determinar su eficacia relativa en el proceso de influir en sus subalternos resulta fundamental. Las direcciones de cuadros y recursos humanos, no se pueden basar solo en el estilo de este, y sus características individuales, pues la eficacia de su labor no depende solo de él. No se trata de sentar al cuadro en una oficina para leerle su evaluación y decirle, aquí están tus problemas (puntos débiles), que debes superar para la próxima etapa; pues cuando se procede de esta manera, se sigue el inadecuado enfoque que solo toma en cuenta al individuo y sus características. Por tales motivos, un buen plan de desarrollo de cuadros, implica analizar, sobre la base de los estudios correspondientes, en qué situación él se encuentra, y cómo se le puede ayudar a modificar (a través de la organización para la cual trabaja) esos factores de situación que afectan su desempeño, en términos del grupo que dirige.

En cuanto a la formación de directivos, esta también debe desarrollarse muy vinculada al puesto y su situación de trabajo. Los programas de formación no deben de estar solo orientados sobre la base del desarrollo de habilidades administrativas. Con esto no se niega la importancia de los programas de formación de directivos tradicionales; desarrollados sobre la base del Diagnóstico de Necesidades de Aprendizaje (DNA). No podemos subvalorar la importancia de estos programas, pero tampoco se pueden negar sus limitaciones. La eficacia directiva no se consigue solo a partir de la transferencia de conocimientos e información a la persona que dirige (y el intento de desarrollo de habilidades complejas en el corto período de duración del entrenamiento en el aula); ha de considerarse el ajuste de sus peculiaridades y las situaciones en que se dirige; y eso se logra trabajando con cada persona específica en su lugar y contexto de trabajo.

¿Cuál es el estilo de dirección?

- Como ya conoces, existen diversas clasificaciones sobre los estilos de dirección. Solo a manera de ejemplo, para pensar, te presentamos una pequeña escala por medio de la cual es posible acercarnos al estilo de dirección predominante de una persona.

La puedes utilizar, evaluándote a ti mismo (como jefe real, o posible jefe), pero también para evaluar a tu jefe. Piensa siempre que, en cualquier caso, es tu percepción.

Para hacerlo, lee los siguientes enunciados, y evalúa cada uno de ellos en escala del 1 al 5.

5: estoy totalmente de acuerdo

4: estoy más de acuerdo que en desacuerdo

3: estoy un poco de acuerdo y un poco en desacuerdo

2: estoy más en desacuerdo que de acuerdo

1: estoy totalmente en desacuerdo

	1	2	3	4	5
1. A un mando que mantienes relaciones amistosas con su personal, le cuesta imponer disciplina.					
2. Los empleados obedecen mejor los mandos amistosos que a los que no lo son.					
3. Los contactos y las comunicaciones personales deben reducirse a un mínimo por parte del jefe. El mando ha de mantener los mínimos contactos y comunicaciones personales con sus subordinados.					
4. Un mando debe hacer sentir siempre a su personal que él es el que manda.					
5. Un mando debe hacer reuniones para resolver desacuerdos sobre problemas importantes.					
6. Un mando no debe implicarse en la solución de diferencias de opiniones entre subordinados.					
7. Castigar la desobediencia a los reglamentos es una de las formas más eficientes para mantener la disciplina.					
8. Es conveniente explicar el porqué de los objetivos y de las políticas de la empresa.					
9. Cuando un subordinado no está de acuerdo con la solución que su superior da a un problema, lo mejor es pedir al subordinado que sugiera una mejor alternativa y atenerse a ella.					
10. Cuando hay que establecer objetivos, es preferible que el mando lo haga solo.					
11. Un mando debe mantener a su personal informado sobre cualquier decisión que le afecte.					
12. El mando debe establecer los objetivos, que sean los subordinados los que se repartan los trabajos y determinen la forma de llevarlos a cabo.					

Ahora, para evaluar el resultado, suma la puntuación que diste a las afirmaciones atendiendo a los siguientes grupos:

Grupo 1: afirmaciones 1 — 4 — 7 — 10

Grupo 2: afirmaciones 2 — 5 — 8 — 11

Grupo 3: afirmaciones 3 — 6 — 9 — 12

Si te comportaras siguiendo estos enunciados, como preceptos del modo de obrar de un mando de dirección, entonces probablemente el resultado pueda ser este:

- *Si predomina en ti, por la cantidad de puntos mayor, el Grupo 1, tu estilo probablemente sería "autoritario".*
- *Si predomina en ti el Grupo 2, tu estilo tendería a ser "democrático".*
- *Si predomina en ti, la evaluación del Grupo 3, entonces tu estilo probablemente será laissez faire, o sea, "dejar hacer, dejar pasar".*

¿Cómo se relaciona la psicología con la práctica deportiva?

Francisco Enrique García Ucha

¿Qué es la psicología del deporte?



La definición de psicología del deporte tiene un determinado grado de complejidad. Para algunos es una rama de las ciencias psicológicas y para otros, además es una ciencia integrada a las ciencias de la cultura física y el deporte. Lo anterior se debe en parte porque es una ciencia que surge en la frontera de dos disciplinas: La psicología y las ciencias de la cultura física y el deporte.

Esta circunstancia hace que la psicología del deporte tenga que germinarse y expandirse en condiciones complejas, ya que demanda que quién la ejerce

pueda interactuar en campos conceptuales, teórico y metodológicos diferentes donde los códigos de comunicación reclaman una previa capacitación y adquisición de un lenguaje común entre los especialistas de diversas ramas que interactúan en el área de la cultura física y el deporte.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Nitsch (1989) señala que la psicología del deporte representa una de las disciplinas de las ciencias del deporte y constituye un campo de la psicología aplicada.

Los procesos de investigación en psicología del deporte, entendidos como construcción de conocimiento sobre las realidades sociales que le competen tienen que considerar el contexto en el que se desarrollan y las condiciones que llevan a las personas a responder a los desafíos que se les presenta.

Los procesos de investigación son condicionados por un contexto, y es en este que encuentran su justificación y pertinencia, su significado, legalidad y legitimidad social.

El objeto de estudio de la psicología del deporte es asumido en dependencia del paradigma en psicología que asuma el estudioso.

Para Nitsch, la psicología del deporte analiza las bases y los efectos psíquicos de las acciones deportivas, considerando, por un lado, un análisis de procesos psíquicos básicos (cognición, motivación, emocionales) y, por otro, la realización de tareas prácticas de diagnóstico y de intervención.

En su visión, la función de la psicología del deporte consiste en la descripción, explicación y en el pronóstico de las acciones deportivas, con el fin de desarrollar y aplicar programas, científicamente fundamentados, de intervención tomando en consideración los principios éticos (Nitsch, 1989).

Si bien esta es una definición, es obligatorio considerar lo planteado por Cantón (2003), cuando señala que es necesario seguir avanzando en algunos aspectos, tales como la mejor definición de los campos o subáreas de trabajo profesional, especialmente de los más recientes, por ejemplo, los referidos al deporte turístico o la práctica de actividad físico-deportiva en poblaciones de riesgo psicosocial.

Si se posee en la actualidad un cuerpo de conocimientos acerca de la psicología del deporte, ello está avalado por una historia anterior, cuyo grado de objetividad fue alcanzado mediante la construcción del conocimiento a partir de hechos producidos intencionalmente en laboratorios y en las condiciones de la práctica en el deporte. Este movimiento hacia la integración de los hallazgos en las indagaciones relacionadas con la psicología del deporte abarcó inicialmente a los países de mayor grado de desarrollo, tales como, Alemania, Estados Unidos y Rusia, para Valdés (2007) esto comprende los últimos cinco años del siglo XIX y los primeros quince años del siglo XX. Desarrollándose un proceso de institucionalización en la década de los 60 del siglo XX, que ha continuado aceleradamente en el siglo XXI con una expansión de esta especialidad en todos los ámbitos del deporte.

En suma, la psicología del deporte se desarrolló en diferentes regiones y con peculiaridades propias de estas, a partir de la influencia determinante de factores económicos y sociales, que permitieron el desarrollo del deporte y la actividad física. El movimiento histórico que da lugar a la psicología del deporte dio lugar a una variedad de direcciones teóricas y metodológicas que son relativamente diferentes en cada región, aunque conservan un hilo conductor común.

Para el Colegio Oficial Psicólogos de España el objeto de estudio es el comportamiento en el ámbito de la actividad física y el deporte.

En realidad, estas definiciones dimensionan el comportamiento sin abarcar a los procesos que ocurren en la subjetividad de la persona y que son causa de su comportamiento.

Tanto los psicólogos que asumen el paradigma cognitivo conductual como el cognitivo definen la psicología del deporte desde sus posturas teóricas.

García (2013), la define como el estudio de las tendencias psicológicas de la subjetividad del participante en su interrelación con la actividad deportiva y las condiciones para su realización, que comprenden las interrelaciones sociales y las vinculadas con el medio físico, donde la realiza.

En su establecimiento como rama científica la psicología del deporte consta de un cuerpo de categorías que describen los atributos del objeto de estudio y permiten por el estudio de sus intervenciones conocer las tendencias que tendrán lugar en el deportista en su interrelación con la actividad.

Durante el desarrollo de la psicología del deporte se ha elaborado su enfoque metodológico y métodos de investigación.

La indagación científica ha brindado la posibilidad de pronosticar los fenómenos psicológicos que se relacionan con la actividad del deportista.

De igual modo, se aplican intervenciones psicológicas con el propósito de formar, asegurar o modificar la subjetividad del participante a las condiciones de realización de la actividad deportiva.

Algunas de las tendencias halladas por las investigaciones en psicología del deporte en la esfera del alto rendimiento deportivo residen, por ejemplo, como señala García (2000) en que la estabilidad de los rendimientos deportivos dependen de la madurez de la personalidad y que los motivos que expresan deseos de obtener éxito en el deporte y ocupen un lugar jerárquico en la esfera de la motivación, encontrándose como tendencia que los deportistas de mejores rendimiento presentan un volumen estrecho de aquellos motivos que no están vinculados a la actividad de la deportista. Aquellos que no presentan estas características logran, en ocasiones, un resultado significativo, sin embargo, sus éxitos no son estables. Aparecen conflictos y dificultades que debilitan la disposición para alcanzar los rendimientos.

Otra de las regularidades encontradas, por ejemplo, se relaciona con las características generales de deportistas con resultados olímpico y que se expresan por la tendencia de presentar una alta perseverancia, compromiso con el logro, capacidad para alcanzar grados elevados de disposición a rendir en entrenamientos y competencias, se sienten comprometidos con los miembros de su equipo o deporte y son sensibles a la responsabilidad que implica su actuación en el plano social.

Es importante argumentar que al colocar las tendencias de la subjetividad del participante en el deporte como objeto de estudio de la psicología del deporte se facilita la investigación de los fenómenos psicológicos que tienen lugar en la interacción entre el participante, la ejecución y las condiciones de realización de la actividad; y, además, brinda la posibilidad de su estudio desde un enfoque sistémico, que abarca el análisis de los aspectos subjetivos.

De este modo se garantiza estudiar al deportista dentro de la práctica y también amplifica su óptica a los demás participantes que intervienen en las diferentes situaciones deportivas: entrenadores, adversarios, aficionados, árbitros, ejecutivos del deporte, y otros. Permite, por ejemplo, profundizar el estudio de los nexos entre las características de las competencias y el estrés derivado de estas como las tensiones que surgen en los entrenamientos de alta complejidad.

¿Quiénes ejercen la psicología del deporte?

La respuesta a esta alternativa puede alcanzar un grado determinado de complejidad. Por lógica, los psicólogos del deporte con una formación académica son los especialistas ideales para el ejercicio de la psicología del deporte. Sin embargo, podemos encontrar toda una gama de actores en este escenario, psicólogos que no tienen formación académica en psicología del deporte, sociólogos, psicopedagogos, y personas que han pasado un curso en *coaching*, aun cuando no sean psicólogos, asimismo por estilos motivadores, comunicadores, y otros.

En los últimos tiempos, resulta evidente el aumento de la presencia de personas que ostentando un certificado de un curso o una carta de recomendación como: “motivadores”, especialistas en *coaching*, en comportamiento humano, como otras acepciones, aparecen en clubes deportivos, equipos y otras instituciones deportivas asumiendo tareas que evidentemente deben ser desarrolladas por psicólogos.

Hay que considerar que el deporte es un nicho de mercado en diferentes regiones del planeta donde muchos pueden satisfacer sus deseos económicos y algunas personas llevan a cabo acciones con ese fin sin ningún tipo de escrupulo y no perciben las consecuencias de su actuación.

La presencia en el deporte de un clima psicológico de alta tensión, por el deseo de alcanzar la perfección y llegar a grandes rendimientos hace a los participantes propensos a buscar cualquier ayuda para garantizar sus resultados, mantener un estado de bienestar psicológico e incrementar su autoconfianza.

Sin embargo, los que se dedican al intrusismo no cuentan con el arsenal de competencias profesionales necesarias para darle solución adecuada a los problemas que en ocasiones se le presentan a un deportista o a un equipo.

Resulta necesario en primera instancia considerar que cualquier tipo de intervención psicológica requiere ante todo una formulación precisa y tiene en su desarrollo grados diferentes de complejidad que solo un experto puede darle solución, pongamos, por ejemplo, el uso de la relajación. Esta requiere de un diagnóstico diferencial para conocer si de manera real el participante, después de un período de entrenamiento en relajación adquirió la habilidad de relajarse o simplemente se encuentra sugestionado.

De manera general, el intrusismo tiende al fracaso y más que comprender la falta de competencia del falso experto se pierde la confianza en la psicología anulando los posibles efectos beneficiosos que se pudieran llegar a lograr en manos de un especialista calificado.

A menudo, la puerta de entrada del intrusismo se debe como señalan Jara y Garcés (2010) a posibles insuficiencias y limitaciones de los psicólogos en el desarrollo de sus intervenciones, por ejemplo, en el entrenamiento mental. Agregaría, también a fallos y errores en el encuadre de la tarea, que llevan al solicitante de los servicios psicólogos, sea entrenador o deportista a dudar no solo sobre la excelencia del profesional, sino sobre las posibilidades de la especialidad.

La capacitación permanente es una de las formas más adecuada de aumentar la excelencia en el quehacer profesional.

Una de las personas que está más implicada con la psicología del deporte es el entrenador. El entrenador, ocupa un lugar que por su estatus es seguido, respetado y admirado por el deportista, ya que en su rol determina toda la participación del deportista en el deporte y en las tareas deportivas. Los deportistas que no tiene disponibilidad para ser entrenados por su entrenador como tendencia no llegan a tener resultados eficaces.

Esto no quiere decir que el entrenador pueda ser el psicólogo del deportista. Es tan imposible, como que pueda ser el médico, el nutricionista, ni el biomecánico y así muchas ramas de las ciencias que apoyan la cultura física y el deporte.

Es indudable que una de las tareas de mayor importancia en psicología del deporte se trate de la capacitación de los entrenadores.

Para capacitar especialistas en el deporte hay que tener una correcta formación profesional como psicólogo del deporte.

¿Cuál debe ser la formación y capacitación requerida?

Para colocar una muestra del desarrollo de la formación profesional del psicólogo nos basamos en lo planteado por Cantón (2009), sobre la formación en psicología del deporte en España, la cual destaca el autor, desde los años 80, se introdujo de manera progresiva en las Facultades de Psicología, normalmente como materia optativa de segundo ciclo. En general, eran psicólogos interesados en esta área, que encontraron allí un punto de inicio de su actividad docente, investigadora y, en algunos casos, profesional. En una fecha similar en nuestro país se incrementaron las acciones de adiestramiento y capacitación de post grado que se imparten en la actualidad en Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte "Manuel Fajardo".

La formación y capacitación para el desempeño profesional, implica optimizar tres elementos: aumentar y actualizar la formación, ser capaces de integrar el conocimiento científico con la práctica profesional, y desarrollar las habilidades o capacidades personales implicadas en el ejercicio efectivo de la profesión.

El problema de la no correcta asesoría o el fracaso en el intento de alcanzar los objetivos de trabajo en psicología del deporte trae consecuencias muy negativas ya que, como propensión, tras una mala experiencia con un psicólogo se magnifica y generaliza por parte de los entrenadores y deportistas.

Las competencias profesionales del psicólogo del deporte, demandan ser desarrolladas por aquellos que tienen conocimientos expertos adquiridos en la práctica.

Estas destrezas especializadas se desarrollan en los aspirantes a psicólogos del deporte únicamente por el intercambio de conocimientos vivenciales de quienes los capacitan. Los profesores deben tener una formación previa fruto de los conocimientos y su aplicación en la práctica para desarrollar competencias profesionales, lo que garantizara lograr promociones con la excelencia necesaria para satisfacer las demandas complejas de la actividad deportiva.

Las insuficiencias en las competencias profesionales van a conllevar que quienes se inician en esas condiciones sentirán una determinada confusión, hasta frustración y no tendrán los medios para resolver las resistencias que pueden surgir de su presencia y actuación con deportistas y entrenadores.

Entre los aspectos a perfeccionar la formación se encuentra incluir que los programas de formación deban contener un esfuerzo por describir la cultura del deporte, sobre todo para aquellos psicólogos que se acercan al área del deporte sin experiencias previas en el mismo, y la preparación para el intercambio con especialistas de otras ciencias del deporte.

La autorreflexión acerca de lo que se está realizando en el área docente y de investigación, también es escasa.

Al respecto, de lo mejor que aparece en la literatura reciente sobre estos y otros temas, está el trabajo de Jara y Garcés (2010) El psicólogo del deporte ante las contradicciones o incongruencias generales de la psicología.

Jara y Garcés 2010, al respecto señalan que la obligada carrera por el currículo —de los profesores universitarios— tan a menudo por encima de la calidad, la aportación, la relevancia y el valor práctico de las investigaciones para la docencia dejan detrás las urgencias de la práctica profesional.

De esta forma, ocurre un desconocimiento de los contenidos investigados por los académicos, al hacerlo en circuitos comunicativos muy alejados de la realidad práctica del psicólogo del deporte que está trabajando de manera directa con los deportistas, con los entrenadores o con los padres de aquellos.

La integración del conocimiento científico con la práctica profesional es una necesidad constante, no exenta a lo largo de la historia de nuestra disciplina de cierta polémica y controversia, ejemplificado en sus inicios en el clásico trabajo de Martens (1975) en que planteaba una cierta disyuntiva entre la investigación de laboratorio y el trabajo de campo.

Martens (1987) y Gorbunov (1988) indicaron que los psicólogos del deporte podían ser clasificados en “psicólogos académicos” y “psicólogos prácticos”. Martens (1987) subrayaba en uno de sus artículos que había psicólogos de bata blanca para advertir que había psicólogos del deporte, de laboratorio y otros que estaban en el campo deportivo, en el mismo trabajo destacó la necesidad de experimentar en condiciones de terreno.

Aun cuando en algunas regiones siguen existiendo estas tendencias, se ha logrado en nuestro país un acento especial al desarrollo de la psicología del deporte vinculada a las condiciones concretas de la actividad deportiva, lo que es una fortaleza importante del enfoque cubano de la especialidad.

La formación del psicólogo del deporte incluye con singular importancia, el conocimiento sobre el encuadre de la tarea y su técnica dentro del programa de enseñanza. Una no correcta capacitación en el encuadre de la tarea conllevaría que la actuación del profesional, no permita alcanzar los objetivos de su intervención en los deportistas, y entrenadores como consecuencia de una actuación deficiente o la creación de dificultades por mal manejo de algunos de los aspectos del protocolo de trabajo.

Algunos de los formadores en psicología del deporte ven la necesidad de un adiestramiento deliberado y sistemático, y normalizado.

El intercambio de experiencia resulta valioso cuando se efectúa con peritos que adquirieron conocimientos expertos en la práctica.



Se va convirtiendo en habitual encontrar un diplomado en entrenamiento de psicólogos del deporte que contenga prácticas supervisadas. Estos diplomados o entrenamiento en psicología del deporte requieren de profesores que sean un profesional experimentado en las cuestiones teóricas, sino también en los quehaceres prácticos de la especialidad.

La psicología del deporte avanzará mucho mejor cuando los participantes en los programas de posgrado puedan brindar sus servicios tan eficientemente como sea posible y que llegue a satisfacer a quienes lo solicitan.

En términos generales la psicología ha avanzado en el presente siglo de manera desmesurada, cuestión que aparece en la literatura en psicología del deporte.

¿Cuáles son las tareas de la psicología del deporte?

Las tareas de la psicología del deporte como se señala en este trabajo se desarrollan de manera progresiva. En todas las circunstancias las personas que solicitan la ayuda del psicólogo, sean deportistas, entrenadores, directivos de organizaciones deportivas apremian la solución de problemas que han diagnosticado como los más urgentes y que pueden representar, a veces solo una fracción de lo que realiza el psicólogo del deporte, por ejemplo, el tema de lograr cohesión en un equipo deportivo, mejorar la disposición a entrenar, trabajar por intensificar la motivación de los deportistas, lograr un grado de determinación frente a los contrarios y elevar la resistencia psicológica frente a una competencia puntual.

También, se le solicita a un psicólogo labores como consejero de los deportistas y el entrenador, por ejemplo, qué deportistas deben formar el equipo o participar en una parte de la competencia en función del grado de complejidad de la contienda.

Y con frecuencia para que realice una evaluación de personalidad ya que los entrenadores están interesados por saber quiénes son sus deportistas en cuanto a sus motivaciones, reactividad emocional, grado de inteligencia en la solución de los problemas del juego.

A menudo, hay tareas que no competen a un psicólogo del deporte sino a un psicólogo especialista en psicología organizacional. Una de estas solicitudes resulta en que evalúen a los entrenadores con el propósito de cambiar el claustro de entrenadores de un equipo, o el diagnóstico institucional y la solución de los problemas de la organización deportiva. Por estas cuestiones es muy importante que el psicólogo del deporte tenga claridad de qué trabajos puede asumir y cuáles otros ponen en riesgo su encuadre de la tarea y hasta su participación futura en el deporte.

En cada caso en que se aleje de su rol como psicólogo del deporte debe hacerlo con pericia. Un ejemplo casi clásico es el tema de ocupar el papel de psicólogo de la salud. Aun cuando no es frecuente ocurren en la vida del deportista circunstancias que lo llevan a un trastorno psicopatológico, se recomienda que el psicólogo del deporte envíe o remita a un psicólogo clínico al deportista con estos trastornos y él haga un seguimiento en conjunto con el psicólogo de la salud que atiende al deportista y que en este caso ocupa el lugar central de la situación del deportista. Todo este tema de las tareas que no pueden ser asumidas requiere de todo un manejo psicológico. No se trata de negar sino de poner las pautas y redirigir la cuestión, de proponer al que las solicita las ventajas de derivar la tarea. Durante determinado tiempo los psicólogos del deporte han sido cuidadosos de no realizar la tarea de psicólogo de la salud, pero también,

ante la urgencia de un deportista con un problema psicopatológico si posee las competencias necesarias para abordarlo, debe dar una atención primaria determinada y a la vez derivar el caso a un psicólogo de la salud, y bajo ningún concepto, manifestar indiferencia frente al problema.

Siguiendo las tareas de la psicología del deporte, lo más solicitado consiste en desarrollar la preparación psicológica del deportista para las competencias.

Al describir las tareas que conlleva la preparación psicológica del deportista para una competencia tendremos, también un conjunto de trabajos que pueden aparecer de manera aislada fruto como se señaló de la solicitud de un entrenador o de un deportista.

Igualmente, hay que considerar que existen diferentes modelos de preparación psicológica para las competencias y en función de los autores y del paradigma que tiene asumido las tareas pueden cambiar de un caso a otro.

Del quehacer de la preparación psicológica cabe enunciar las siguientes:

Saber emplear el psicodiagnóstico para lograr una evaluación inicial del deportista y utilizarla, tanto para brindar al entrenador y al deportista sus recomendaciones y elegir las intervenciones como para comparar en evaluaciones posteriores al entrenamiento mental, los avances y retrocesos del deportista en relación con el programa de preparación deportiva, como también los posibles efectos del entrenamiento psicológico u otras intervenciones psicológicas en su preparación psicológica. El tema del psicodiagnóstico incluye las pruebas o test psicológico y todos aquellos métodos que permiten medir. Aquí hay que tener competencia en técnicas de observación, en pruebas de laboratorio experimental y en condiciones de terreno, en análisis junto al entrenador considerando los frutos de la actividad del deportista en condiciones de terreno. Ello implica el registro de los resultados de los deportistas en tareas deportivas o en aspectos parciales y generales de su actuación.

El abanico de acciones del psicólogo del deporte abarca:

- Desarrollar programas de entrenamiento mental.
- Desarrollar técnicas de intervención psicológica que incluyan la terapia breve, aplicaciones de la terapia cognitivo conductuales y de la histórico cultural.
- Confeccionar informes acordes al interlocutor (sea este entrenador, deportista, etcétera.)

¿Cuál es la relación de la psicología del deporte con la psicología?

La psicología del deporte posee atributos que complican su desenvolvimiento histórico. Se trata de que es una ciencia que surge en la frontera de dos disciplinas: La psicología y la ciencia del deporte.

La psicología del deporte no debe ser interpretada solo como una materia especial de la psicología aplicada. El deporte y las acciones deportivas tienen sus reglas propias, sus estructuras y sus principios, los cuáles deben de ser de dominio del psicólogo del deporte (Samulski, 2007).

Hay un movimiento, de integración de la ciencia, visible en la psicología del deporte e implica la necesidad, tanto de un enfoque multidisciplinario como interdisciplinario.

La psicología del deporte en conjunto, requiere de todas las ramas de la psicología tales como: la psicología general, psicología clínica, educacional, laboral, experimental y otras.

La psicología del deporte tenga que germinarse en condiciones complejas, ya que su integración demanda que quien la ejerce pueda interactuar en campos conceptuales y teórico metodológicos diferentes donde los códigos de comunicación demandan una previa capacitación y adquisición de un lenguaje común entre los especialistas que interactúan en el área de la psicología y el de las ciencias del deporte.

A esto se agregan otros problemas, que demandan el dominio de conocimientos como son los lazos que se establecen entre disciplinas. Los fenómenos que aparecen como sistema de alta complejidad como lo es el deporte deben ser estudiados desde diferentes ciencias estableciéndose como necesidad el enfoque interdisciplinario, multidisciplinario y el pluridisciplinario. La interacción entre especialistas de diferentes ciencias es imprescindible. Hace más de dos décadas nos conformamos con analizar la personalidad dentro de la psicología. Se impone reconocer que la personalidad no se agota en la psicología y se requiere de la sociología, la etnografía, la demografía, la genética y muchas otras ramas del saber para decidir los factores que pueden estar rigiendo las tendencias que explican al participante.

De todas las ramas de la psicología, se puede considerar que la psicología experimental realizó aportes significativos para establecer la psicología del deporte. Woodworth (1899) en Estados Unidos, ejecutó las primeras investigaciones sobre las destrezas motrices. También, Watson (1907) estudió el aprendizaje observando el encadenamiento de respuestas motrices. Wundt (1920) en Leipzig, estableció su laboratorio de psicología experimental, donde abordó la temática del "tiempo de reacción" y las respuestas motrices, las cuales ocuparon un primer lugar, siguiendo en importancia las investigaciones sobre "sensación" y "percepción".

Si bien, los trabajos citados anteriormente no relacionan directamente la psicología y deporte a pesar de estudiar distintas destrezas motrices son los que aportan las contribuciones más concretas al ámbito de lo que hoy denominamos psicología del deporte, ya que brinda la tecnología para ejecutar las indagaciones necesarias sobre variables implicadas en el deporte.

Resulta interesante apreciar cómo se desarrolla esta evolución desde la psicología experimental a la psicología del deporte, en forma muy lenta pero regular.

En esta etapa de inicial de la psicología del deporte tres países contribuyeron desde sus posiciones en psicología a la formación de la psicología del deporte. Estados Unidos, Alemania y Rusia donde se produjo un cambio notable con el advenimiento de la Revolución de Octubre en 1914. En cada una de estas naciones la psicología tenía un desarrollo en ocasiones muy diferentes respondiendo a las corrientes de pensamiento que dominaban la esfera de la psicología.

También, la diversidad no solo en los paradigmas que asumían sino, además, en las diferencias en las temáticas abordadas en estos países no permitieron la existencia de un enfoque integral en los estudios.

Por otra parte, la integración de la psicología del deporte a la psicología en el año 1977 resultaba dificultosa en el plano metodológico, por ejemplo, lo esencial que se analizaba esos momentos era si las investigaciones en psicología del deporte debían emplear los mismos criterios y enfoques que se utilizan en otras áreas de la psicología, y si no, bajo qué criterios (García Ucha, 2000).

Los aspectos que motivaban los problemas metodológicos en psicología del deporte eran:

- a. Las peculiaridades del deporte como actividad.
- b. La relación de lo general y lo singular de los eventos deportivos.
- c. El papel de los factores ambientales en las investigaciones en el deporte.
- d. El número limitado de participantes en los estudios.

Analicemos uno de ellos, por ejemplo, consiste en la aplicación de test psicológicos que se relacionan con la psicología general y que, frente a las demandas de la actividad deportiva, de carácter específico, podían conducir a errores a los investigadores. Por muestra, el estudio de la atención. La psicología general brinda algunos *test*. Si escogemos el Test de Tachado de Toulouse-Pieron podemos encontrar resultados muy diferentes de acuerdo con la actividad deportiva que analiza.

En una investigación desarrollada por Hahn (1976), con voleibolistas, nadadores y gimnastas los resultados fueron muy contradictorios, no discriminando de forma adecuada el proceso de la atención en su relación con variables de rendimiento en esos deportes. Esta relación resulta diferente en cada una de estas actividades, por su duración, intensidad y cualidades implicadas.

La elaboración posterior de pruebas específicas que reflejan las exigencias a la atención de acuerdo con cada uno de los deportes estudiados; resultó que era más conveniente emplear un test que evaluará la capacidad de trabajo como era acompañada por la atención en los voleibolistas, como se sostenía la concentración de la atención en breves lapsus de tiempo en los gimnastas y como se acomodaba la atención a los requerimientos de las condiciones de ejecución de la natación. Todo ello reclamo la necesidad de desarrollar técnicas específicas a las exigencias de cada evento deportivo.

Este problema viene resolviendo aceleradamente en la actualidad en que se cuenta con herramientas específicas en psicología del deporte y se atienden aspectos metodológicos específicos, se trabaja en garantizar la validez y consistencia de las pruebas psicológicas, desarrollar las conclusiones de las investigaciones con los deportistas de manera específica a su grado competitivo y calidad en sus rendimientos. Considerando las evaluaciones se realizan considerando los aspectos situacionales.

Se mantiene un enfoque tanto cuantitativo como cualitativo y finalmente el uso de métodos de análisis estadísticos apropiados, las muestras y poblaciones en el deporte por su naturaleza tienden a ser pequeñas.

Estos problemas por su interés están en su mayoría resueltos. Estas dificultades permitieron alertar las características sui generis de la psicología del deporte.

Pensar en la psicología del deporte hoy y formarse como psicólogo del deporte tiene una diferencia excepcional en relación con 25 años atrás. Las exigencias de la aplicación y la investigación en esta área no eran tan complejas. El desarrollo actual de la psicología y la voluminosa cantidad de conocimiento e información crea una situación novedosa. Anteriormente uno podía preguntar a un psicólogo acerca de cuál era su concepción en intervenciones psicológicas y bastaba con saber cuál era su paradigma. En la actualidad esa puede ser una respuesta muy vaga o poco precisa acerca de lo que se requiere.

¿Cuáles son las relaciones de la psicología del deporte con las ciencias del deporte?

La psicología del deporte ocupa un espacio dentro del enfoque de cada una de las ciencias del deporte.

Es prácticamente imposible investigar en ciencias del deporte si no se toman en cuenta la participación de todas las ramas de las ciencias implicadas en el deporte, incluyendo la psicología del deporte.



Entre los fenómenos que llevaron a la aparición de la psicología del deporte, se encuentra la toma de conciencia de los entrenadores al percatarse que deportistas con excelentes condiciones físicas se derrumbaban en el momento de la competencia, mientras que otros con menos recursos físicos lograban superar sus limitaciones y alcanzar resultados relevantes (Cantón, 2003).

Las explicaciones a este fenómeno se relacionan con variables psicológicas como la voluntad, el control emocional, la disposición a rendir, la motivación y, hasta la capacidad intelectual del deportista, en determinados eventos.

De esta forma, el saber psicológico debe unirse a los conocimientos y experiencias del entrenador para lograr los resultados deseados en función de la preparación deportiva.

Una muestra, irrefutable para comprender la necesaria visión sistémica del deportista lo experimentó el autor de este trabajo hace años cuando participando en la preparación psicológica de un equipo de fondistas de alto grado de rendimiento, se presentó un fondista, en quién tenían firmemente colocada sus esperanzas, el jefe de entrenadores.

Una evaluación psicológica reportó que este deportista poseía una habilidad intelectual por debajo del promedio de la población.

Inmediatamente, se dio la recomendación de que pasara a otra modalidad deportiva, teniendo en consideración que las carreras de fondo, incluyendo el maratón, requieren de participantes con un alto grado de habilidades intelectuales.

Los maratonistas deben ser personas imaginativas, que puedan tener unas posibilidades cognitivas, que le permitan con frecuencia abstraerse de la carrera por medio de la imaginación o la fantasía.

Este es un procedimiento fundamental para quién debe correr hasta 120 km en el transcurso de una semana.

Si el corredor no tiene los recursos mentales para abstraerse de la carrera colocará su atención en las señales externas y estas terminarán por producir cansancio, fatiga, monotonía y saciedad.

En el caso antes señalado, el entrenador disenta del criterio expuesto por el psicólogo, debido a que el biotipo del deportista era excelente, según apreciación del entrenador, conjuntamente, el deportista aparecía, como una persona poco ansiosa.

Sin embargo, para el psicólogo, la ausencia de tensión en el deportista en los momentos de la competencia era fruto, de una visión muy limitada por parte del deportista de las consecuencias de su comportamiento.

En el transcurso del primer año de preparación, el entrenador pudo percatarse que los resultados del deportista no siguieron una progresión adecuada y que las manifestaciones de cansancio como respuesta a las cargas de entrenamiento fue muy aguda incluso produciéndose un desequilibrio en el sistema nervioso del deportista que lo llevó a no poder conciliar el sueño en los momentos de mayor fatiga. Culminó con un síndrome de sobre entrenamiento, que lo llevó a abandonar el deporte.

Los aspectos señalados pueden advertir como en la frontera entre la metodología del entrenamiento y la psicología del deporte ocurren fenómenos que reclaman una comprensión de conjunto por el entrenador y el psicólogo.

El trabajo interdisciplinar tiene como demanda la necesidad de establecer un lenguaje común entre los especialistas que facilite la comprensión de las tareas, lo que supone el conocimiento de las tendencias más importantes de los objetos que estudian y su intervencionalidad mutua en diferentes disciplinas.

A pesar de estas demandas tras décadas de aplicaciones de la psicología en el deporte con frecuencia muchos psicólogos y entrenadores aún, no han encontrado, con exactitud, el lugar que debe ocupar la psicología del deporte dentro de la preparación deportiva.

Diferentes autores han tratado el tema de los procedimientos para establecer los vínculos idóneos para el trabajo de los psicólogos en los deportes (García, 2000) y Valdés, 2007).

Es necesario amortiguar incomprensiones, malas interpretaciones y rechazos pueden resultar, a menudo, del vínculo entre el psicólogo y el entrenador cuando en realidad ambos especialistas están observando alternativas que los convierten en viajeros de un mismo vehículo.

Estos problemas, en gran parte, pueden ser paleados con una formación superior en psicología del deporte, tanto para el psicólogo como para el entrenador y otros especialistas.

En el ámbito del deporte las diferentes especialidades tienen visiones parciales de los fenómenos sometidos a análisis y atención.

El entrenador domina la metodología del entrenamiento.

El psicólogo: la subjetividad y otras variables que conciernen a las ciencias psicológicas.

El médico fundamenta su trabajo en los aspectos relacionados con las respuestas fisiológicas y bioquímicas al ejercicio, la traumatología, la rehabilitación, los aspectos relativos a la nutrición de los deportistas y muchos más conocimientos relacionados a su organismo llegando a incluir hasta su composición corporal.

La psicología del deporte está presente, por ejemplo, en biomecánica, que se dedica al estudio del movimiento, los algoritmos que dan lugar a la ejecución y su perfeccionamiento. Para lograr la excelencia hay que considerar que el soporte psicológico de las acciones del deportista se encuentra en la imagen mental de la ejecución. De manera, que un especialista en biomecánica puede

recurrir a un psicólogo del deporte si su cometido está en diagnosticar la pertinencia de la imagen mental de la acción del deportista mediante la cual se regula el movimiento. Atendiendo las características que se establecen en su formación, estabilidad y desarrollo.

Asimismo, la nutrición del deportista, sus hábitos y preferencias alimentarias depende de muchos elementos de carácter psicológico que deben ser tomados en consideración para establecer un plan de alimentación del deportista, un conjunto de mediadores psicológicos va a permitir que este plan se cumpla de manera adecuada y van desde la autoestima del deportista y sus creencias y satisfacción por su propia imagen corporal, sus costumbres y hábitos alimentarios.

Así, se puede referir los vínculos internos entre la psicología del deporte y cada ciencia, por muestra la metodología del entrenamiento. El conocimiento de las cualidades deportivas y su dependencia de las características del deportista. Pongamos ejemplo de un caso: el entrenador tiene un control de las variables de rendimiento de un deportista, y en el desarrollo de la actividad, los resultados de este deportista no llegan a trascender de formas adecuada por un pobre desarrollo de sus cualidades volitivas; en este caso, el psicólogo del deporte, mediante las posibles intervenciones psicológicas para modificar y desarrollar la perseverancia y la tenacidad, y solucionar esta deficiencia, en combinación con el entrenador, se puede intensificar las cargas de entrenamiento con tal de aumentar a grados superiores la capacidad de trabajo del deportista, de manera que, por medio de las sesiones de entrenamiento con un desarrollo de la fuerza o la resistencia y las ejecuciones del deportista, pueden resultarle menos costosas y esto habilitarlo para sostenerse en la ejecución.

Este proceso acompañado de la orientación psicológica se puede beneficiar por la modificación del plan de preparación, a plantearse nuevas creencias sobre sí mismo y sus posibilidades.

Se ha comprobado que cuando el deportista adquiere una alta excelencia en las cualidades físicas, técnicas y tácticas su auto confianza, su deseo de rendir y la regulación de sus emociones son óptimos.

Incluso dentro del ámbito de la metodología del entrenamiento las propias cualidades deportivas tales como la fuerza, la resistencia, la exactitud y otras tienen en sus bases atributos psicológicos que deben ser en algunos casos reforzados y perfeccionados.

Hay deportistas que poseen características psicofisiológicas como lo es el tiempo de reacción, para algunos más lentos o más rápidos. Incluso, siendo el deportista más lento que otros el psicólogo del deporte junto al entrenador puede mejorar su rapidez mediante el desarrollo de la capacidad de anticipación de las acciones del contrario. Cuestión que puede ser alcanzada por medio de un estudio del adversario, su modelado y la percepción de las señales que anteceden a su actuación y compensar sus debilidades o insuficiencias.

Los vínculos entre psicología del deporte y ciencias del deporte se caracterizan siempre por una relación recíproca y no unilateral. Las ciencias del deporte abarcan especialidades tales como la medicina del deporte, la pedagogía del deporte, la historia del deporte, la sociología del deporte, la teoría del movimiento, la biomecánica, la fisiología del ejercicio, la bioquímica de la actividad física, etcétera.

Únicamente, mediante una estrecha conexión entre la psicología del deporte y los otros campos de la ciencia del deporte se garantiza la exploración e investigación objetivas, especializadas y amplias de dicha actividad humana.

Tal situación requiere una modificación en el estilo de trabajo de los equipos de especialistas que facilite la realización de acciones eficaces y efectivas en un momento y en un aspecto crítico de la actividad como pueden ser las competencias.

El enfoque interdisciplinario debe evitar la yuxtaposición de áreas del conocimiento en el cual cada especialista se dedica a su sector sin una relación ni se evidencian modificaciones en las disciplinas involucradas.

En lo fundamental se hace evidente la necesidad de integración de los especialistas para la solución de los problemas. Lo que permite romper una visión fragmentada de las realidades que deben ser estudiadas, conceptualizadas y establecer los enfoques teóricos y metodológicos de abordaje de los diferentes fenómenos que requieren estudio.

A pesar de la creciente tendencia en el área de las ciencias a la integración por medio del enfoque interdisciplinario los estudios en el deporte tienen una gran demanda el abordaje de la selección de talentos, la rehabilitación del deportista lesionado y el análisis y valoración de las repercusiones de la carga de entrenamiento en el organismo.

Se requieren una serie de condiciones para realizar un trabajo en equipos las cuales se relaciona con la flexibilidad de los participantes, la tolerancia, la coherencia, la rigurosidad conceptual y la posibilidad de interactuar con ciencias en las que no se tiene una idea exacta o una formación cultural lo suficientemente profunda para su comprensión.

¿Cuáles son los ámbitos de aplicación de la psicología del deporte?

Desde su surgimiento la psicología del deporte se expandió por todo el ámbito del deporte, la educación física y en todas las actividades donde está presente la actividad física, sea tanto en la promoción de la salud como en la rehabilitación de diferentes patologías, incluyendo la mejoras de la imagen corporal.

Para algunos psicólogos y otros especialistas de las ciencias del deporte es común que piensen que la psicología del deporte se inició en el área del deporte de alto rendimiento (García, 2008).

Esto se debe a la importancia que tiene para nuestra cultura el deporte altamente competitivo como está establecido en los Juegos Olímpicos Modernos.

En realidad, los primeros estudios en psicología del deporte comienzan en el deporte infantil y juvenil, en las escuelas de educación media y en las universidades.

Es conveniente señalar como argumenta Balagué (2006) "una de las primeras aclaraciones que se ha de realizar es que el deporte de alto rendimiento es solo una de las áreas de intervención".

A pesar del valor percibido en la actualidad de la psicología del deporte en el deporte de alto rendimiento es necesario explicar que el interés por la psicología del deporte como se señala anteriormente comienza por la inquietud de pedagogos y profesores de educación física, entrenadores, y psicólogos, que advierten sobre las ventajas de la participación en el deporte y la actividad física para la formación integral del niño y de los jóvenes. Una de las cuestiones que resultaba una preocupación para las instituciones escolares y sus actores, así como los padres era la tendencia a abandonar el deporte por parte de los niños. Conocer cuáles eran los factores que daban lugar a estas circunstancias ocupa un tiempo importante aún en nuestros días.

De igual modo, el desarrollo de los Juegos Olímpicos Modernos reclama en la figura de Coubertin (1912) el desarrollo de la psicología del deporte con deportistas olímpicos.

La preocupación constante de Coubertin por lograr la formación por medio del deporte se manifiesta en la idea siguiente:

Lo importante en la vida no es tanto el triunfo como el combate; lo esencial no es haber vencido, sino el haberse batido bien. Sigamos este precepto, que prepara una humanidad más valiente, más fuerte, y, por tanto, más escrupulosa y generosa.

Para Coubertin, el deporte escolar tiene como función fundamental, además del fortalecimiento de la salud y el desarrollo de hábitos, habilidades y capacidades, ofrecer a los niños, adolescentes y jóvenes, experiencias enriquecedoras que formen parte de su vida cotidiana y para toda su vida. Estas experiencias se relacionan con la promoción de un estilo de vida sano, en el cual el deporte contribuya a fomentar las cualidades del carácter, y les aporte a los jóvenes procedimientos que puedan ser tenidos en cuenta al tomar decisiones para apreciar, valorar, controlar o seleccionar los pasos a seguir en su propia dinámica corporal. Dichas experiencias, formando parte del contenido de la educación física y deportiva, proporciona herramientas para entender la relación entre los elementos cuantitativos y cualitativos de su propio desarrollo y educación.

En este contexto se desarrollan programas de psicología para la prevención, en apoyo a intervenciones terapéuticas, tanto físicas como mentales, rehabilitación para personas portadoras de limitaciones físicas, discapacitados.

Debido a los problemas de salud en aumento, y los costes de atención sanitaria, en cada país la psicología del deporte tiene una oportunidad única de entrenar y consultar el área en la que pueden ser expertos encontrando las maneras de promover la actividad física (incluyendo la participación del deporte) y reducir los problemas de salud y, por ejemplo, uno de los más graves es la obesidad, incluyendo que se convierte en una epidemia en niños.

Otros problemas están relacionados con las enfermedades cardiovasculares Pelegrin y Cols. (2008).

En estos momentos los psicólogos del deporte contribuyen a incorporar en los programas de contra la droga adicción la participación en el deporte y el control de las respuestas psicológicas de los participantes en dichos programas.

En la actualidad existen propuestas de empleo para psicólogos del deporte como orientadores psicológicos en los gimnasios donde se realiza *fitness* u otras variantes de ejercicios son el objetivo de brindar estrategias que promueven la motivación y la adhesión, asegurando que programas de ejercicios se lleven de manera sostenida, proveyendo seminarios a padres y a entrenadores personales, que provean las destrezas mentales en centros de entrenamiento y gimnasios.

Y el área del deporte de alto rendimiento se concentra, también la atención en las repercusiones negativas de la práctica intensa del ejercicio en temas como el *burnout*, el sobre entrenamiento, la rehabilitación de lesiones y operaciones quirúrgicas en deportistas.

Un área emergente desde hace unos años viene siendo la atención a árbitros y jueces. Cantón (2010) nos brinda un cuadro del ámbito de actuación profesional en psicología del deporte a partir de lo planeta por el COP 2006:

- Deporte de rendimiento
- Deporte base e Iniciación temprana
- Deporte de ocio y tiempo libre
- Poblaciones especiales
- Organizaciones deportivas

Una descripción más detallada nos la brinda Garcés (2008) en los *Ámbitos de aplicación de la psicología del deporte*.

- Arbitraje o juicio deportivo
- Deporte competitivo
- Asistencia en la dirección de entidades deportivas
- Actividad física en la tercera edad
- Deporte y actividad física en discapacitados
- Deporte infantil o de iniciación
- Deporte para mejorar la calidad de vida y salud de las personas
- Retiro de los deportistas del alto rendimiento
- Tratamiento para la recuperación de lesiones deportivas
- Investigación (las emociones en el deporte, agresividad y deporte, y otros)
- La clase de Educación Física

La psicología del deporte por las cuestiones antes expuesta muestra un futuro prominente como especialidad aplicada a todas las manifestaciones de la actividad física y el deporte.

*Piense en su actividad física...
y favorezca su salud psicológica*

¿CUÁL ES SU NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA? (MARQUE SU RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)

	¿Lo describe a usted con exactitud?	
Nunca o casi nunca hago actividades.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas, pero no cada semana.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago algunas actividades físicas ligeras cada semana.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago algunas actividades físicas moderadas cada semana, pero menos de cinco días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago algunas actividades físicas vigorosas cada semana, pero menos de tres días por semana, o menos de 20 minutos diarios en esos días.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago 30 minutos o más de actividades físicas moderadas por día, cinco o más días por semana.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, tres o más días por semana.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago algunas actividades para aumentar la fuerza muscular, como levantamiento de pesas, una o más veces por semana.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hago algunas actividades para mejorar la flexibilidad, como ejercicios de elasticidad, una o más veces por semana.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Para obtener su calificación y sintetizar por categoría su nivel de actividad física, elija a continuación las respuestas que sean afirmativas en su caso particular. Si el número seleccionado es menor a 6, esto significa que su nivel de actividad física está por debajo de lo recomendable. Del número 6 hacia arriba se encuentra dentro de lo recomendable.

SEDENTARIO	1. Nunca o casi nunca hago actividades físicas.
POCO ACTIVO	2. Hago algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas, pero no cada semana.
POCO ACTIVO REGULAR LIGERO	3. Hago algunas actividades físicas ligeras cada semana.
POCO ACTIVO REGULAR	4. Hago algunas actividades físicas moderadas cada semana, pero menos de cinco días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días.
	5. Hago algunas actividades físicas vigorosas cada semana, pero menos de tres días por semana, o menos de 20 minutos diarios en esos días.
ACTIVO	6. Hago 30 minutos o más de actividades físicas moderadas por día, cinco o más días por semana.
	7. Hago 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, tres o más días por semana.

*Una buena salud psicológica se ve muy favorecida si Ud. mantiene una actividad física a nivel de **Activo**. Si está en **Poco activo regular**, la meta está cerca. Pero si está por debajo... no se desanime, ni se demore. Comience ya a mejorar su actividad física. Hágale ese favor a su salud psicológica.*

Antes de leer el próximo texto, responda a las siguientes cuestiones

¿Preparados para escoger carrera?

- ¿Está preparado/a para “subir la escalinata”, es decir, definir la carrera que vas a estudiar? Quizás tu cuerpo está listo para subir los 88 escalones de la simbólica escalinata habanera, pero ahora pon a prueba tu preparación psicológica para enfrentarte al reto, no solo de subir, sino de dar pasos firmes para llegar a la meta: ser profesional universitario.

¿Estás listo(a)? Para saberlo debes responder a las siguientes diez preguntas.

NO.	PREGUNTA	SI	NO	PUNTOS
1	¿Eres capaz de reconocer la importancia y la trascendencia que tiene para tu futuro la elección de carrera?			
2	¿Conoces cuáles son los requisitos necesarios para ingresar a la Educación Superior?			
3	¿Conoces todas las opciones de carreras universitarias que se ofertan actualmente en nuestro país en el plan de plazas para el acceso a la Educación Superior?			
4	¿Tienes definidas cuáles son las 10 carreras de tu preferencia para el llenado de la boleta?			
5	De estas carreras ¿conoces la universidad donde se estudian, las asignaturas, las opciones de ubicación laboral y las cualidades que deben caracterizar a sus profesionales?			
6	¿Te conoces bien a ti mismo(a)? ¿Identificas bien cuáles son tus fortalezas y debilidades?			
7	¿Has analizado la relación que existe entre tus características personales y las exigencias que implica el estudio y futuro desempeño profesional en las carreras de tu preferencia?			
8	¿Eres capaz de analizar de qué manera están influyendo en tu decisión tu familia, el entorno donde vives, el contexto socioeconómico del país, etcétera?			
9	¿La decisión de qué carrera estudiar fue una decisión personal?			
10	¿Consideras que la elección que realizaste es realista? ¿Es decir, se ajusta a tus posibilidades reales, no solo de obtener la carrera, sino de contar con las potencialidades para un futuro desempeño exitoso en esta?			

A cada SÍ que hayas dado como respuesta le corresponde un diez de puntuación. Debes sumar todos los diez obtenidos lo que te dará una puntuación total que valorarás en la siguiente escala.

PUNTUACIÓN OBTENIDA	SIGNIFICADO
90-100	Estás preparado (a) para realizar una elección profesional responsable.
80-89	Estás medianamente preparado (a) para realizar una elección profesional responsable.
70-79	Estás poco preparado (a) para realizar una elección profesional responsable.
Menos de 70	No estás preparado (a) para realizar una elección profesional responsable.

Subir “la escalinata” Psicología y elección profesional

Annia Almeyda Vázquez

¿Qué significa estar o no preparado(a) para realizar una elección profesional responsable? ¿Qué consecuencias puede tener para el futuro no elegir correctamente la carrera? ¿Qué influye en esta elección? ¿Se aprende a elegir? ¿Cómo debo afrontar este proceso? La psicología nos ayudará a encontrar las respuestas.

Como sabemos la juventud es una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez. Una de las tareas fundamentales de este período es la elección de una carrera, profesión u ocupación.

Muchas son las frases que se utilizan para hacer referencia al proceso de elección que deben afrontar los jóvenes, como parte de las exigencias de inserción e integración social: toma de decisión vocacional, transición académica, itinerarios vocacionales, trayectorias profesionales, entre otras.

La elección de una carrera, trabajo o profesión es una elección de futuro que compromete muchos aspectos de la vida del sujeto: su camino a seguir, sus relaciones, los contextos en los que se desenvolverá, las oportunidades laborales, las tareas y responsabilidades que tendrá que asumir, así como su aporte social.

El resultado de esta elección está relacionado con la probabilidad de obtener éxito laboral en el futuro. Llegar a ser un profesional altamente competente, guarda una estrecha relación con la posibilidad de que la persona pueda satisfacer su vocación y desplegar su potencial humano.

Esta elección puede realizarse en diferentes momentos de la vida, incluso en más de una ocasión, pero, por lo general, dada la organización del sistema educativo cubano, al concluir el nivel de enseñanza media superior los jóvenes deben decidir el camino a seguir. En etapas anteriores las transiciones académicas realizadas por el sujeto, a través del paso de un nivel de enseñanza a otro, no siempre implicaron un proceso de toma de decisión, pues ya estaba marcada la ruta.

Sin embargo, en la juventud se producen dos tipos de transiciones que frecuentemente interactúan entre sí: las transiciones académicas y las transiciones profesionales en las que socialmente se les exige a los jóvenes que tomen esta decisión cuando, en muchas ocasiones, no han alcanzado un desarrollo psicológico que les permita un afrontamiento responsable y exitoso.

Las transiciones son períodos de tensión, inquietud e incertidumbre, sobre todo cuando el sujeto es consciente de que la decisión que se tome tiene consecuencias para el futuro. La presión y las dudas se tornan más intensas cuando es inminente la culminación del ciclo educativo de la enseñanza media superior y el calendario fija el momento de tomar una decisión.

Elegir no es una opción, es casi un imperativo social. En el acto de elegir existe una libertad obligada, pues no existe la opción de no elegir cuando es-

tamos insertados en una sociedad que demanda que los sujetos definan qué hacer con sus vidas. El joven debe elegir: estudiar, trabajar o combinar ambas actividades. Entre estas alternativas se debate en la llamada elección vocacional o profesional, disyuntiva que implica la transición a la vida adulta.

En este proceso el sujeto experimenta una falsa libertad de elección, dada por la diversidad de carreras y/o profesiones que puede contemplar entre sus opciones. Sin embargo, la verdadera libertad implica no tener obstáculos, dificultades, resistencia ni cualquier otro impedimento para realizar la elección; panorama utópico en la sociedad contemporánea (Bauman, 2009).

Las problemáticas relativas a la elección profesional han sido objeto de interés de muchos investigadores. En el siglo XXI, en el contexto de dinámicas políticas, sociales y económicas tan convulsas, los jóvenes miran al futuro con mucha incertidumbre. No en balde se afirma que realizan elecciones vocacionales en la era de la incerteza.

¿Qué influye en nuestras elecciones?

En la literatura científica se encuentran múltiples clasificaciones de los factores que influyen en el proceso de elección profesional. Por ejemplo, en la enciclopedia de Orientación Vocacional del Grupo Clasa (2007) se clasifican en factores sociales e individuales. Como parte de los factores sociales reconocen el papel de la familia, el medio social y cultural, los valores de la sociedad moderna y dentro de estos la noción del éxito asociado al dinero, así como la influencia de los medios masivos de comunicación (modelos de la televisión, modelos publicitarios y modelos artísticos). En los factores individuales destacan el papel de la vocación, la imagen y representación que cada uno tiene de sí, sustentada en el conocimiento de sí mismo, la historia escolar, la construcción del proyecto de vida y las características de la personalidad: aptitudes, intereses y motivaciones.



La convergencia de lo social y lo subjetivo como determinantes de este proceso explica su naturaleza compleja. La verdadera comprensión de este proceso implica explicar cómo se produce la relación dialéctica entre los determinantes sociales y subjetivos. Por tanto, la elección profesional es un producto de la interrelación de las personas con su contexto, por lo que se precisa del análisis del panorama social y de los contextos donde se desenvuelven las personas (Sánchez y Álvarez, 2012).

Siguiendo esta lógica queda claro que la elección profesional es un proceso fuertemente condicionado por el contexto social, económico, político y cultural. Por tanto, está marcada al mismo tiempo por las posibilidades y por las restricciones de la época. Por ejemplo, no es lo mismo elegir en un contexto de desocupación masiva que de pleno empleo. De este modo las coordenadas de época demarcan, tanto los objetos que se deberán elegir como las condiciones sociohistóricas de la elección (Rascovan, 2015).

No es posible entender la elección de un sujeto sin desentrañar la naturaleza social de su proceso de elección profesional lo que implica analizar cómo las condiciones objetivas, que existen independientemente del deseo y la voluntad del sujeto, condicionan el modo en que este afronta el proceso de elección profesional.

La familia y sus influencias



La familia es el primer grupo social en el que se inserta el individuo desde su nacimiento y constituye un elemento básico para su desarrollo. No en balde es uno de los factores sociales más estudiados, por la marcada influencia que ejerce en la elección profesional de los jóvenes.

En diferentes estudios, se aborda la influencia de la familia a partir de la exploración de aspectos como el estatus social o nivel socioeconómico, el medio étnico de origen y la configuración familiar. Respecto a la influencia del estatus social de la familia en las aspiraciones vocacionales, Días y Sá (2014) afirman que los padres transmiten a sus hijos elementos sobre las dimensiones que consideran más relevantes para el éxito profesional: el prestigio, la independencia, el salario y la realización personal, así como sobre los estereotipos profesionales y los significados atribuidos al trabajo. De esta forma ejercen una gran influencia en la construcción de los proyectos de vida de sus hijos.

Los padres, además, constituyen modelos profesionales de referencia para sus hijos, pues a partir de la transmisión de estos modelos, los hijos configuran sus expectativas profesionales. Es por ello que con frecuencia la familia es fuente de tradición profesional, transmitiendo de generación en generación el gusto por determinada profesión.

El papel de la familia, como institución productora de subjetividad, se constata cuando en una población de estudios se producen proyectos de estudio (Rascovan, 2010). La familia intelectual, en términos generales, se preocupa por brindarles a sus hijos una atención hacia los estudios con mayor calidad que aquellas en las que sus miembros han alcanzado menores niveles educativos, por lo que existen estudiantes con ventajas facilitadas desde su entorno familiar, respecto a otros (Bourdieu, 2001).

Muchos autores destacan el papel de la familia como fuente de apoyo afectivo e instrumental en el desenvolvimiento de la carrera de los jóvenes, reafirmando la familia como la principal red de apoyo social con la que cuenta el individuo.

Sin embargo, no todas las familias se encuentran en las mismas condiciones para brindar el apoyo que necesitan los jóvenes. Los recursos económicos con los que cuenta la familia, marcan la diferencia. Una familia con bajo nivel socioeconómico, en condiciones de precariedad, difícilmente podrá sufragar los gastos de los cinco años de carrera, garantizando las condiciones necesarias para el estudio. Esta situación influye en la decisión del joven de combinar el estudio con el trabajo, en búsqueda de una fuente de ingreso.

Pero no son estos los únicos factores que hacen que sea heterogénea la influencia que ejerce la familia en el proceso de elección profesional.

En Cuba se han realizado estudios donde se aborda la familia y la racialidad como condicionantes de desigualdades en el acceso a la universidad. Los datos nacionales indican que las aulas universitarias son más blancas que la sociedad cubana misma. La probabilidad de que un joven negro ingrese a la Educación Superior es menor que la de un joven mestizo, y mucho menor que la de un joven blanco. Esta tendencia se produce a pesar de que en nuestro país las políticas educativas reflejan la igualdad de derecho de todos los jóvenes a acceder a la universidad, sin embargo, las posibilidades reales no lo han permitido, al menos en la dimensión deseada (Ávila, 2006, 2013).

Otra característica que distingue actualmente la composición sociodemográfica del acceso a la Educación Superior en Cuba es que son las mujeres las que más ingresan. El acceso masivo de las mujeres cubanas a la educación terciaria es, sin dudas, una evidencia de los avances alcanzados por nuestra sociedad en materia de equidad de género. Sin embargo, en el proceso de elección de carreras se reproducen los estereotipos de género fundados en la sociedad patriarcal.

Bajo los códigos de una educación sexista quedan establecidos en función del sexo los colores, los tipos de juegos, las actividades que deben realizarse, los modos de comportarse, así como las actitudes que se esperan de unos y otras ante las diferentes situaciones. Estas diferencias se expresan claramente en el proceso de elección profesional cuando se dibujan horizontes vocacionales diferentes en función de las opciones tradicionales para cada género.

Estas diferencias explican el sesgo de género en la elección profesional que a su vez condiciona el fenómeno llamado segregación horizontal de la ciencia y que dibuja dos tendencias definidas de manera clara. Por una parte, las ciencias exactas, fuertes o "duras", se asocian a la razón, al desarrollo del pensamiento lógico, a las metodologías cuantitativas, predominantemente masculinas, en las cuales están mayoritariamente representados los hombres. Mientras, en las ciencias sociales o "blandas", vinculadas de manera directa al ser humano, al servicio y cuidado, a la problemática humanística, predominan las mujeres (Fernández, 2010).

La escuela constituye otro agente esencial en la socialización del ser humano. Esta es considerada como institución central del sistema de influencias educativas. Por tanto, la escuela como un factor de gran influencia en la elección profesional. Una de sus funciones sociales es ser garante de la inserción laboral de los sujetos escolarizados.

En Cuba la continuidad de estudios y la inserción laboral son aspectos destacados en las políticas educativas. En correspondencia se plantea que la educación preuniversitaria tiene como misión fundamental formar y graduar bachilleres de calidad, así como fomentar el desarrollo de habilidades que garanticen una transición exitosa del estudiante a la Educación Superior.

En función del logro de este objetivo, cada institución educativa de la Enseñanza Media Superior es responsable de la planificación, organización y control de las actividades de Formación Vocacional y Orientación Profesional como parte de su proyecto educativo institucional.

Desde sus inicios, la Revolución Cubana perfiló su política en función de la eliminación de las desigualdades sociales, en especial aquellas relacionadas con la educación. Como evidencia, la posibilidad de acceder de manera gratuita a todos los niveles educativos se convirtió en un derecho de todos los cubanos.

Las políticas educacionales, en particular aquellas que pautan los requisitos para el acceso a la Educación Superior, se han ido modificando a lo largo de estos 60 años de revolución, en búsqueda de un mejor ajuste a las dinámicas sociales emergentes.

La sociedad cubana se encuentra inmersa en la actualidad en un período de cambio, como consecuencia de la actualización del modelo económico. Las transformaciones que se han producido en el orden socioeconómico han impactado el ámbito educativo y laboral, afectando principalmente a los jóvenes que se encuentran inmersos en procesos de transición académica y laboral. Evidencia de ello son las recientes políticas educacionales que han producido una disminución de las plazas para el ingreso al preuniversitario, pues se privilegia en los egresados de noveno grado el tránsito hacia formaciones de obreros calificados o técnicos medios. Por otra parte, la estimulación del sector no estatal de la economía ha motivado la inserción de un número considerable de jóvenes en el mercado laboral por cuenta propia. Así mismo, la creciente diversificación de la sociedad cubana ha condicionado la emergencia de sectores poblacionales con desventaja social y económica que tienen una limitada posibilidad real de acceder a la universidad.

En la actualidad, a pesar del enfoque de igualdad que ha prevalecido en las políticas sociales y educativas, varias investigaciones sociales dan cuenta de la existencia de inequidad en el acceso a la Educación Superior (Ávila, 2006, 2013, 2016; Tejuca, García y Gutiérrez, 2014; Batista, 2014; Sosa, 2015; Tejuca, Gutiérrez, Hernández y García, 2016; Almeyda, 2017).

De este modo se evidencia la existencia de una gran contradicción social. Por una parte, según afirma Sosa (2015) existen insuficientes oportunidades efectivas de acceso que ofrecen las políticas, organización y estructura de la Educación Superior Cubana. Por la otra, en Cuba se sigue defendiendo el derecho de todos a acceder a la universidad y se busca alcanzar una mayor pertinencia, equidad y responsabilidad social de este nivel de enseñanza.

Todo lo referido anteriormente demuestra el fuerte condicionamiento social del proceso de elección profesional. No obstante, lo social no agota la explicación de este fenómeno, pues para comprender el modo en que el joven

afronta este proceso de toma de decisión, necesariamente se deben analizar los determinantes subjetivos.

Comprender al sujeto de la elección, desentrañar la naturaleza subjetiva de este proceso implica el análisis de los diferentes factores individuales como las expectativas de futuro, las aspiraciones ocupacionales, los intereses profesionales y el autoconcepto, entre otros.

La indecisión y la madurez vocacional se reconocen como dos extremos opuestos de la preparación para afrontar exitosamente el proceso de elección profesional.

La madurez vocacional es entendida como un conjunto de actitudes (seguridad, responsabilidad e independencia) y conocimientos (del entorno y de sí mismo), que un individuo debe poseer a fin de elaborar una elección profesional madura y consciente (Carbonero y Merino, 2004; Costa, Bertassoni, Miranda y Esteves, 2005; Junqueira y Melo-Silva, 2014).

En contraste la indecisión vocacional se asocia con la dificultad que experimenta el sujeto en la toma de decisión. Se describe como un factor individual relacionado con problemas personales y no con el proceso de elección profesional en sí mismo. La indecisión se identifica como un rasgo de la personalidad que dificulta la toma de decisión en todas las esferas de la vida. Por lo general, se relaciona con el locus de control externo, niveles elevados de ansiedad, dependencia de las figuras paternas y bajos niveles de autoconfianza y autoestima (Santos, 2013).

¿A decidir también se aprende?

Son diversas las disciplinas científicas desde las que se ha investigado y escrito sobre la decisión, por ejemplo, la matemática, la lógica, la cibernética, la filosofía, la sociología, entre otras. Los profesionales de la psicología se han interesado en los motivos subyacentes a las decisiones de un individuo y por qué algunas personas tienen mayores dificultades que otras para tomar decisiones.

Tomar una decisión es un acto humano que involucra la intencionalidad, la voluntad del sujeto para solucionar un problema. Implica la búsqueda de alternativas posibles sobre las cuales existe incertidumbre. Es el resultado de un proceso de reflexión racional y consciente.

Daniel Adolfo Avenburg, reconocido especialista en la teoría de la decisión, plantea una secuencia del proceso decisorio:

1. Identificar el problema que requiere solución. Implica la búsqueda de información necesaria sobre el problema a resolver. Realizar un diagnóstico de la situación e identificar las relaciones causales que la afectan.
2. Hallar posibles caminos alternativos: establecer, analizar y evaluar cursos de acción en función del logro del objetivo general: resolver el problema. Es una actividad de diseño que implica la generación de ideas encaminadas a la solución del problema.
3. Elegir una de las alternativas y prever las consecuencias o resultados. Definición del rumbo a seguir.
4. Evaluar la decisión.

Primeramente, es importante analizar la dimensión temporal de la decisión, pues esta se produce en un tiempo y un momento determinado. La complejidad

de este proceso, con frecuencia se asocia al poco tiempo con que cuenta la persona para tomar una decisión. Otro elemento que distingue a un proceso de toma de decisión es que supone un cambio o ruptura con lo anterior. Es decir, puede implicar la salida de un contexto o situación conocida a otro nuevo y diferente, por lo que supone la adaptación del sujeto.

Sin variar, un proceso de decisión implica la existencia de al menos dos alternativas entre las que el sujeto debe elegir una. El sujeto de la elección es el máximo responsable de su decisión, aun cuando existan diferentes personas o situaciones externas que estén influyendo en la decisión. Por tanto, es un proceso de aprendizaje que se produce a lo largo de la vida, pues de manera permanente los seres humanos están abocados a tomar decisiones.

Con frecuencia se hace énfasis en el carácter reflexivo y racional del proceso de decisión, aludiendo a su dimensión cognitiva (competencias para saber tomar la decisión, resolver un problema o realizar una transición). Sin embargo, este proceso implica también una dimensión social (tener en cuenta a los que nos rodean) y una dimensión emocional (competencias afectivo-emocionales). En este sentido es sumamente importante tomar conciencia sobre la influencia de los estados emocionales en los procesos decisorios, para de este modo poder evitar que predominen las emociones negativas (ansiedad, temor, ira, vergüenza, miedo, entre otras).

Elegir una carrera supone necesariamente afrontar un proceso de toma de decisión. Desde esta mirada la calidad de la elección que realiza el sujeto no se define por el qué (objeto de elección), sino por el cómo; es decir, está dada por la posición subjetiva del sujeto, por su actitud frente al proceso de elección y las estrategias desplegadas para lograr un afrontamiento exitoso.

¿Qué consecuencias tiene una realizar una elección desacertada?

Son múltiples los calificativos que se identifican en la literatura científica referidos a la calidad del proceso de elección profesional, entre ellos: personal, propia, autónoma, independiente, fundamentada, reflexiva, realista, consciente, comprometida, ajustada, correcta, adecuada, sensata, equilibrada y responsable.

En Cuba el término elección profesional responsable ha sido utilizado por la Dra. Viviana González Maura para referirse a la calidad del proceso de elección profesional.

Para esta autora la elección profesional responsable es el fruto de una decisión autónoma, como resultado del análisis y valoración de sus inclinaciones, aptitudes, conocimientos y habilidades, en correspondencia con las posibilidades reales de estudiar una profesión en el contexto histórico social en el que se desarrolla el sujeto. Por tanto, se sustenta en una reflexión crítica en torno al proceso de elección profesional, lo que favorece que el joven tome conciencia de cuáles son los factores que están influyendo en su elección y asuma una posición activa frente a este proceso de toma de decisión. Implica asumir un compromiso con el resultado de la elección, basado en el convencimiento de su pertinencia, una actitud flexible y perseverante en su ejecución y afrontar con optimismo y seguridad sus resultados (González, 2007, 2009).

Es el resultado de un afrontamiento exitoso al proceso de toma de decisión vocacional. Es una decisión tomada como consecuencia de una búsqueda activa de información y reflexión sobre los elementos contextuales que condicionan la decisión. Está basada en el conocimiento de las carreras y de sí mismo. Es una decisión autónoma y realista, ajustada a las posibilidades reales de la

persona que toma la decisión, para lograr el éxito en el estudio de la carrera elegida y futuro ejercicio profesional.

Es esencial que el joven sea consciente de la importancia que tiene esta elección en su vida, la trascendencia que tiene para su futuro y, por tanto, las implicaciones negativas que pueden derivarse de una decisión desacertada.

La elección profesional responsable constituye un elemento esencial en la calidad del acceso y la permanencia del estudiante en la Educación Superior. Los resultados de muchas investigaciones demuestran la estrecha relación entre la calidad del proceso de elección profesional y la manera en que el estudiante enfrenta su proceso de formación profesional (González, 2007).

Se ha constatado que jóvenes que realizan una elección profesional no responsable, caracterizada por la insuficiente información profesional, la limitada existencia de proyectos de vida que incluyan proyectos profesionales, una insuficiente motivación profesional y un bajo nivel de reflexión en la toma de decisiones profesionales, manifiestan una mayor tendencia a obtener bajos rendimientos académicos y a causar baja en los primeros años de estudios universitarios (González, 1998; Domínguez, 1992; Domínguez e Ibarra, 2003).

En contraste, se ha demostrado que aquellos estudiantes que realizan una elección profesional responsable, aun cuando no hayan ingresado en la carrera preferida, son capaces de construir o reconstruir su vocación durante el proceso de formación profesional y logran, posteriormente, un desempeño profesional competente; mientras que aquellos estudiantes cuya elección profesional no es el resultado de una decisión reflexiva y comprometida, aun cuando ingresen en la carrera preferida, son más vulnerables al conflicto, carecen de recursos para enfrentar los problemas que pueden presentarse en el proceso de adaptación al centro universitario (González, 1989, 1994, 2004; Domínguez, 1992; Domínguez e Ibarra, 2003).

Todo lo referido anteriormente demuestra la importancia de orientar a los jóvenes para el afrontamiento exitoso al proceso de elección profesional, dado su innegable impacto en la calidad del acceso y permanencia en la Educación Superior.

A modo de cierre y como impulso para subir la escalinata te presentamos seis pasos necesarios del proceso de elección de carreras. Dar cada paso implica realizar algunas acciones. Sigue las instrucciones para completar cada uno de estos pasos.

1. Identifica tu meta. (Acceso a la Educación Superior. Elección de carreras-Llenado de boleta).
2. Identifica las diferentes alternativas. Cuáles son las opciones de carreras por las que pueden optar. (Carreras universitarias que se ofertan dentro de las cuales el estudiante tiene que elegir).
3. Busca información sobre las diferentes opciones de carreras por las que pueden optar. (Conocimiento sobre las diferentes carreras universitarias que se ofertan dentro de las cuales el estudiante tiene que elegir: Universidad donde se estudian, exigencias de la carrera, asignaturas, opciones de ubicación laboral, etcétera).
4. Reduce el rango de alternativas. (Selecciona grupos de carreras de preferencia, eliminar de las opciones aquellas con las que no se identifican y seleccionar aquellas por las que sienten alguna inclinación).
5. Toma la decisión. Selecciona diez opciones de carreras en orden de preferencia. (Elige diez carreras y organízalas en orden de preferencia,

- sin perder de vista elementos como tu promedio y la cantidad de plazas ofertadas).
6. Evalúa tu proceso de toma de decisión. (Evalúa si has realizado una elección profesional responsable, para ello puedes emplear el modelo de evaluación que te sugerimos al inicio del trabajo). Y ahora, ¿estás listo(a)?

¿Quiénes somos, qué nos distingue, qué imagen queremos construir? Psicología y conocimiento de las identidades

Carolina De la Torre Molina

Con solo tres simples preguntas he encabezado el título de esta exposición, pero pudieran ser diez, veinte o hasta cien; porque si un tema es cotidiano, actual y de interés general es, precisamente, el tema de la identidad; o las identidades, como prefiero decir para no simplificar ni reducir. De todas maneras, tengo que dejar claro los límites inevitables de esta breve presentación. Pretendo aproximarme a la importancia de las identidades —y de las teorías de identidad— enfatizando el hecho de que, siendo la identidad un concepto muy transdisciplinario, la psicología ocupa un papel sobresaliente en su explicación, investigación y aplicación. Trataré de comentar algunos conceptos y debates sobre las identidades y sus procesos de construcción, así como los retos y posibilidades de aplicación que, día a día, vemos aparecer.

Vivimos en un mundo impregnado de permanentes procesos de identidad, aunque no sean siempre reconocibles, obvios o evidentes. Desde los fenómenos más simples, hasta los más dramáticos problemas internacionales, la identidad es una de las más sobresalientes expresiones de nuestra cultura. El modo en que organizamos nuestras vidas, el modo en que nos vestimos, nuestras maneras de construir y modificar el entorno, la forma en que queremos educar a nuestros hijos y alumnos, los diversos trabajos que desempeñamos, los valores y creencias que comparten los grupos humanos (asociaciones, partidos, etnias, iglesias, naciones...), las maneras de relacionarnos con los otros, la forma en que creamos y perfeccionamos las organizaciones, la forma en que presentamos un producto, la imagen de los negocios que administramos, las narraciones sobre nuestras vidas e historias, el tipo de persona que queremos ser y hasta nuestra presentación en las redes sociales, por solo poner algunos ejemplos, están marcados por los procesos de identidad, tanto de las identidades materiales como de las humanas; y tanto de las identidades individuales como de las colectivas. El énfasis, a pesar de la necesidad de divulgar el conocimiento sobre las identidades materiales, sobre todo de nuestras creaciones culturales (no solo artísticas y literarias, sino de cualquier tipo) va a caer, casi todo el tiempo, en las identidades humanas (individuales y grupales).

El estudio de las identidades, por solo ilustrar, debería interesar tanto a los maestros y padres que educan, como a los que llevan adelante proyectos económicos, sociales o culturales que buscan y necesitan una identidad y una imagen propias. Pudiera ser el caso de la necesidad de construir la identidad de una nueva provincia con todos los complejos elementos de imagen, diferenciación, narración, historia y pertenencia que se tienen que considerar (Artemisa o Mayabeque, por ejemplo) o la necesidad que tienen los nuevos

emprendimientos (privados o no) de no ser uno más; otro igual a los demás. Esto puede aparecer de forma espontánea en algunas personas o instituciones debido a su historia y creatividad, pero, aun así, la perfección es más cercana si existe una ayuda o, al menos, un conocimiento conceptual y metodológico de los procesos de construcción de identidad (De la Torre, 2011). Hago un simple ejercicio mientras redacto estas líneas (febrero de 2019) y escribo en GOOGLE “importancia de la identidad”. Encuentro en pantalla decenas y decenas —más bien centenares— de escritos sobre la importancia de la identidad “en el mundo de hoy”, “en la educación”, “en la enseñanza”, “en el mercado”, “en las corporaciones”, “en el crecimiento organizacional”, “en los desarrollos territoriales”, “en la lucha por la igualdad de género”, “en el derecho de las minorías”, “en el sentido de pertenencia nacional”, etc. Sin mencionar la búsqueda en inglés, ruso, francés o cualquier otro idioma de amplia circulación académica o general.

Además, sin subestimar en absoluto la importancia de los factores económicos y políticos que están en la base de casi todas las tragedias del mundo actual, debemos recordar que los más terribles enfrentamientos y conflictos de hoy en día se relacionan y/o se manipulan desde las contradicciones y desacuerdos históricos y culturales entre diferentes grupos de identidad. Pero no solo falta tolerancia y comprensión entre unos grupos y otros (pienso en géneros, etnias, partidos políticos, culturas, religiones, naciones, civilizaciones; incluso seguidores de unas teorías o de otras); faltan también identificaciones y sentimientos de identidad universal —o terrenal— como nos ha alertado Morín (1999). Esto, indudablemente, contribuye a la creciente preocupación actual por las dinámicas de identidad.

De todos modos, el interés por las identidades (no importa con qué concepto se identificaran) es tan antiguo como el diálogo y la confrontación entre culturas; y tiene una historia académica y científica dentro de la psicología y otras ciencias sociales que ya pasa de medio siglo, desde los trabajos de Eric Erikson durante y después de la Segunda Guerra Mundial (1959, 1968, 1974).

Nos pudiéramos hacer, para empezar, algunas preguntas generales, muy a tono con algunos debates actuales:

¿Es la identidad, todavía, en estos tiempos postmodernos, un tema de interés? ¿Qué se entiende por identidad? ¿Podemos hablar de diversos tipos de identidades? ¿Cómo se construyen las identidades?

Hay muchas otras interrogantes. Están relacionadas con la influencia de los procesos de globalización y saturación en las identidades, la velocidad de los cambios culturales, los conflictos y transformaciones identitarios que generan las nuevas realidades —tanto urbanas como rurales— y el modo tan desigual en que todo esto impacta a los diversos sectores de la sociedad. Cualquiera de estos temas sería suficiente para un debate transdisciplinario especial. El solo asunto del cambio vertiginoso ha sido resaltado desde hace años. Torregrosa, por ejemplo, plantea que el esfuerzo requerido de la persona para mantener un sentido de identidad propia en estas condiciones cambiantes “puede exceder su umbral de tolerancia, o la capacidad de sus mecanismos de adaptación” (1983: 218). Comparado con los ochenta, ¿cómo será hoy?

Importancia de las identidades y de las teorías de identidad

Vamos a ver la primera interrogante. En el momento actual se pueden encontrar —con la misma intensidad— artículos y teorías académicas que se inclinan por pensar que en un mundo globalizado y postmoderno las identidades (sobre todo

las nacionales) y los debates sobre ellas no resultan procedentes porque están algo así como en "fase Terminal" (Billig, 1998), así como otros, los más, que los encuentran muy necesarios, sobre todo en el contexto de la globalización (por ejemplo, Salazar, 1983; Montero, 1987; Martín Baró, 1987; Martínez Heredia, 1999; Castells, 1998; Giddens, 1995, 1999; Dieterich, 2000; Touraine, 1997, 2006; García Canclini; 1995, 2003; Martín Barbero, 1995, 2002; Munné, 2000; Tablada, 2005). Stephen Reicher, incluso, considera que, si hay una tendencia que pueda caracterizar a las ciencias sociales como un todo, es la preocupación por las dinámicas de identidad (Reicher, 1993; Reicher, S., Hopkins, N., Levine, M. y Rath, R., 2005). En fin, los primeros consideran que las identidades van desapareciendo porque todos somos hoy bastante similares hasta en nuestros cambios. Los segundos creen que cada día son más necesarios los procesos de identidad y que esto se hace más fuerte en lo relativo a la necesidad de formar necesidades abarcadoras que nos unan en torno a temas globales como son la paz, el cuidado del medio ambiente, la lucha por los derechos humanos etc. También como apoyo a grupos discriminados o la diferencia de cualquier nivel.

De todos modos, incluso concentrándome en la psicología, este presunto desvanecimiento de las identidades resulta muy relativo y superficial, sobre todo porque no se está hablando en un sentido antropológico, sino desde la perspectiva del nuevo mundo cómodamente globalizado para los pocos que pueden "almorzar en New York y cenar en Tokio", con la mirada de Davos y el optimismo infundado que piensa las identidades individuales desde la multiplicidad de 'otros' que cantan diferentes melodías en nuestro interior (Gergen, 1992). Pero, ¿alguien se cree que el mundo actual en realidad tiende a igualarnos a todos más allá de la imagen del campesino fragmentado que pastorea su vicuña con Adidas viejos y toma Coca Cola?; ¿o del pueblito tradicional con sus contornos desdibujados por la torre publicitaria del mall? Claro que no, la realidad del Tercer Mundo (y no solo el Tercer Mundo) está inundada de niños que desayunan inhalantes, almuerzan sobras y regresan a sus casas cada noche ansiosos de una cena, tal vez su última cena, porque es un milagro que el pobre pueda repetir al otro día el miserable ciclo; e incluso, que el rico no se vea amenazado por la misma pobreza.

Lo que predomina es la comprensión de que se trata de una creciente diferenciación, pero no de la manera "buena" que favorece la multiculturalidad con igualdad, justicia, paz y respeto a los derechos humanos, sino de la manera "mala": injusta, violenta y fragmentadora del yo, aunque también cada día son más los logros de algunos reclamos identitarios. Hay muchos que desalientan los debates de identidad por el temor justificado a que se utilicen como pretexto de mayor violencia e incomprensión. Otros creen lo contrario, que la búsqueda de derechos y visibilidad para ciertos grupos o comunidades pasa por la necesidad de fortalecer la identidad y el orgullo de pertenecer.

Lo cierto es que necesitamos, tanto las identidades de grupos pequeños cómo las más abarcadoras y que, mientras estas que nos permiten identificarnos con la humanidad o con nuestra nación no conspiran contra las particulares (o al revés), todos podemos esforzarnos en convivir. Alguien pudiera ser miembro de un grupo o asociación muy exclusivo y, a la vez, un ecologista mundial ¿no es verdad? Las personas no nos sentimos parte de un solo grupo ni tenemos una única identidad colectiva. Tampoco las personas dan la misma importancia o jerarquía a sus diferentes identidades ni la única identidad es la nacional. Hay personas que encuentran el sentido de sus vidas en ser parte de un club de

automovilismo, de una religión o de un movimiento como la comunidad LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales) y, a la misma vez, se sienten muy cubanos o muy caribeños. Hay que evitar las simplificaciones que se pueden ocultar detrás de la defensa de la identidad. Por eso me gusta hablar en plural, aunque haya dedicado más de veinte años al estudio de la identidad nacional de los cubanos, que, por cierto, más allá de la autocrítica necesaria a nuestras dificultades y problemas, es sólida, orgullosa y se fortalece a la vez que cambia y se diversifica. Es un tema que nunca debe quedar cerrado porque el cambio es inherente a la identidad.

En fin, podemos estar seguros de que los asuntos de identidad se discuten más que nunca, aunque la distancia entre los discursos académicos, populares y oficiales sea mucho más grande de lo que puede apreciarse a primera vista. Como todos construimos, pensamos y vivenciamos nuestras identidades, así como la necesidad y los conflictos de identidad, cualquier madre, padre, maestro o investigador habla de la identidad como algo que es tan evidente como nuestra propia existencia; algo de lo que no hace falta un conocimiento especial. Esto puede estar bien, porque todos pensamos y construimos el conocimiento, pero si se trata de investigación social, de psicología o de un intento serio de aplicación, hace falta trabajar y debatir los conceptos para aprovechar mejor la experiencia de otros.

Los científicos sociales han nombrado y pensado las identidades de muy diversas maneras, especialmente como una necesidad:

- Necesidad de un fuerte sentido de identificación grupal (Lewin, 1948).
- Necesidad de raíces e identidad (Fromm, 1941, 1956, 1974).
- Necesidad de mantenimiento existencial y de integración universal (Nuttin, Pieron, Buitendijk, 1965).
- Necesidad de un sentido de pertenencia y de autoconcepto positivo (Tajfel, 1984).
- Necesidad de compartir significaciones y representaciones, relativamente estables, que permitan a los miembros de un grupo reconocerse como relacionados (Montero, 1987).
- Necesidad de conocernos a nosotros mismos y de ser reconocidos (Rogers, 1961, 1980).
- Necesidades básicas de autodeterminación, protección y dignidad (Kelman, 1983).
- Necesidad de identificarnos a nosotros mismos y de argumentar narrativamente estas identificaciones y su continuidad (Marco y Ramírez, 1998).
- Necesidad, individual y social, de continuidad entre el pasado, el presente y el futuro (Pérez Ruiz, 1992).
- Necesidad de procesos de construcción de sentidos (Castells, 1998, 2005).

Pero, no importa cómo se le llame ni qué aspectos se enfatizan —la autoimagen, la búsqueda de sentido, el auto respeto, la libertad, la autocategorización, la pertenencia, la reflexividad o la narración— parece ser que, a pesar de la resistencia de algunos que defienden a ultranza las posiciones constructivales radicales —del constructivismo y construccionismo— (Munné, 1999; Rodríguez Arocho, 2005), las personas siguen necesitando de la sensación de relativa estabilidad que proporciona la identidad individual. También del sentimiento y

percepción de pertenencia a diversos grupos humanos que se ven a sí mismos con cierta continuidad y armonía, dadas por cualidades, representaciones y significados construidos en conjunto y compartidos (De la Torre, 1995, 2001).

Claro que la complejidad, durabilidad, profundidad y sentido de estas identificaciones puede ir desde el pertenecer al club de fans de la Charanga Habanera, hasta sentirse parte de los sin tierra, de la comunidad latinoamericana, o de la identidad universal del ser humano. Pero las grandes identidades no necesariamente se contradicen con las otras, por muy complejas que sean las maneras en que se relacionen. También debe decirse que muchas veces, unas incluyen a las otras; un ejemplo es lo que se refiere a la territorialidad: una persona se puede sentir habanera, cubana, latinoamericana o ciudadana del mundo. Para otra, pudieran ser irrelevantes algunas de estas categorías. En Cuba algunas provincias manifiestan (y cultivan) con más entusiasmo prácticas culturales y sentimientos de identidad, pertenencia y participación, asunto que pudimos verificar en más de veinte años de investigaciones sobre identidad nacional.

Lo cierto es que los rasgos compartidos (no importa cómo hayamos construido las percepciones de igualdad y continuidad) nos hacen sentir personalmente más completos, y como "peces en el agua" dentro de nuestros diversos grupos de pertenencia, así como diferentes a otros de manera relativa, todo lo cual debería hacer a nuestra humanidad más rica y no más violenta. Pero ahí está parte del problema; es sorprendente lo fácil que resulta a todos comprender que la naturaleza es más rica en la medida en que se conserven todas sus especies, que los bosques son más bosques en la medida en que las plantas sean más diversas y la fauna que los habita no los abandone. Sin embargo, la intolerancia a la diversidad humana no parece estar a la altura de los avances en las ciencias humanas.

Las instituciones educativas y sociales deberán centrarse más, como nos alertó Edgar Morín (1999), en la condición humana, permitiendo que hombres y mujeres de estos tiempos tan difíciles podamos reconocernos en lo común, y, al mismo tiempo, en la diversidad cultural inherente a todo cuanto es humano. También necesitamos identificar nuestras producciones culturales como propias, ya que al reconocernos en ellas aumentamos nuestra autoestima y desarrollo espiritual. Para lograr esto, considero que hay que devolverle al humanismo (más allá de sus protagonistas o errores concretos) el valor que, en la cultura actual, ciertos paradigmas tratan de desacreditar.

En fin, lejos de perder importancia, el tema de las identidades ha captado el interés de todos, ya sea que hablemos de las identidades individuales y colectivas, o de la identidad de los productos culturales; lo mismo pensemos en nuestros ambientes inmediatos, que en nuestra identidad terrenal.

El concepto de identidad

En cuanto a los conceptos, sería muy largo reconstruir los caminos a través de los cuales he tratado de estudiar diversas aproximaciones a las identidades.

Hay, por ejemplo, una idea que está implícita o explícitamente presente en casi todas las definiciones; es la relación de la identidad, tanto con la igualdad como con la diferencia y la otredad. Así mismo, los procesos de identidad se relacionan con otras dimensiones como continuidad y ruptura; lo "objetivo" y lo subjetivo; las fronteras y los límites; el pasado, el presente y el futuro; lo homogéneo y heterogéneo; lo que se recibe de otras generaciones y lo nuevo que se construye; lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual; lo consciente e inconsciente;

etc. Ninguna de estas dimensiones puede ser desarrollada aquí, pero mencionarnos nos sirve para fundamentar el carácter complejo de las identidades y la conveniencia de pensar los polos que las atraviesan, no de manera simple y lineal, sino dialéctica, transdisciplinaria y, sobre todo, compleja (Morín, 1994, Munné, 2000).

Pero esto no impide que, entre los discursos de identidad, podamos encontrar decenas y cientos de referencias a la necesidad de "rescatar", "ser fiel", "mantener", "conservar" o "enseñar" literalmente las identidades y la pureza de las culturas, lo cual no es solo imposible, sino inadecuado. Es bueno tener una mirada crítica a ciertos discursos de identidad que solo asocian la identidad con pasado, con conservación sin cambios, con unidad absoluta, con rasgos comunes objetivos que se deben rescatar. Se rescata, se preserva y se cambia, se asume el pasado y se mira al futuro, porque el pegamento que une a ciertos grupos sociales no solo es el pasado similar o lo común actual, sino los proyectos compartidos, la mirada al futuro. Aunque el concepto *naif* de identidad suele ser correcto (identidad es lo que nos permite identificar ser uno y no otro) dejarlo así sería simplificar.

Ahora hace falta dejar claro, al menos, un asunto psicológico que es fundamental para continuar con la importancia de las identidades. Las identidades también pueden ser entendidas como una expresión del proceso cognitivo de categorización, que ayuda a los sujetos a entender, poner en orden, regular y construir las representaciones del mundo en que vivimos para que nos resulte más predecible y menos confuso.

Categorizar es agrupar bajo un mismo nombre objetos que son, de alguna forma, diferentes; y puede entenderse como sinónimo de construir conceptos que ayudan a marcar fronteras de identidad, a pesar de la compleja dualidad entre homogeneidad y heterogeneidad y del peligro que implican la simplificación y los estereotipos sociales. La categorización es una ayuda o "ahorro" cognitivo que nos facilita la comprensión y ubicación en grupos (cubana, guajira, desplazado, emigrante, intelectual, maestro, postmoderno, gay). Muchas categorías pueden aparecer juntas y tener diversas maneras de interacción o subordinación; también mayor o menor grado de implicación valorativa o discriminatoria. La cuestión, de todos modos, es que, aunque el mundo sea complejo, las personas buscan categorizaciones que las ayuden a entender, colocarse y relacionarse con el ambiente. Pensando en un ejemplo "no humano" que nos sirva para entender, podemos ver la construcción de la tabla periódica de elementos de Dimitri Mendeléiev como un acabado proceso que construye categorías excluyentes para explicar lo natural (lo dado).

Tratando de recapitular y de generalizar se puede decir que

[...] cuando se habla de identidad de algo, se hace referencia a procesos que nos permiten suponer que una cosa, en un momento y contexto determinados, es ella misma y no otra (igualdad relativa consigo misma y diferencia —también relativa— con relación a otros significativos), que es posible su identificación e inclusión en categorías y que tiene una continuidad (también relativa) en el tiempo (De la Torre, 2001: 47).

Todo lo cual, por cierto, no implica ninguna concepción estática, fundamentalista o esencialista. En el caso de las identidades subjetivas (porque la definición anterior es muy general y vale lo mismo para la música salsa, el arte gótico o

un movimiento social) es necesario añadir que no solamente un individuo —o grupo— es el mismo y no otro, sino, sobre todo, que tiene conciencia de ser el mismo y no otro en forma relativamente coherente y continua a través de los cambios.

Todas estas características, en especial las que tienen que ver con las fronteras y límites en las identidades, cobran sentido en los contextos en que ciertos significados fueron construidos (Berger y Luckman, 1968) y dotados de cierta "facticidad objetiva" por procesos subjetivos y lingüísticos que dialogan con la realidad. Ignorar esto nos haría imposible el menor acercamiento a la problemática de las identidades que van cambiando, surgiendo y desapareciendo cada vez con más rapidez.

Entonces, la identidad no es algo que está ahí, esperando a ser "descubierta" (con muchas excepciones como la mencionada tabla periódica de Mendeléiev, o alguna identidad negada que al fin se acepta y se "ve"). Lo importante es que cualquier identidad necesita ser pensada, reconocida, establecida, aceptada y construida —negociada algunos dicen— en un proceso práctico y de comunicación humana, que se lleva a cabo a través de interacciones discursivas y de la actividad —en el sentido de la tradición de Vygotsky (1979) y Leontiev (1981). Un ejemplo, poco distante, pero muy contemporáneo, es el de la construcción de la Unión Europea, que, por cierto, no ha dejado de plantear retos a las identidades (Morín, 1989). Países que tenían menos pasado y cultura común lograron una Unión Europea (siempre cuestionada) mediante un proceso activo y voluntario de construcción, que tal vez hubiese sido mucho más lógica para una región como América Latina de haber tenido ese poder. Así y todo, se lograron muchas instituciones comunes en épocas no lejanas mediante la voluntad política de unión.

Profundizando en las identidades específicamente humanas, las personas no solo estamos conscientes o percatadas de nuestras igualdades y diferencias con otros, de nuestras particularidades, tenemos también la habilidad o cualidad conocida como reflexividad, la cual, para muchos autores, es lo que permite a individuos y grupos llevar una crónica particular de sus vidas y repensarse a sí mismos (Bruner, 1991; Jenkins, 1996; Giddens, 1995).

Pero no solo el pasado es valorado. En un sentido más amplio, la reflexividad es nuestra habilidad de mirar al pasado y modificar el presente de acuerdo al mismo, o de modificar el pasado (nuestra narración del pasado) de acuerdo a la valoración de nuestro presente. En presencia de "otros" significativos y de nuevas circunstancias es más fácil hacer este ejercicio de resignificación, y casi imposible que no se incremente nuestro *awareness* acerca de la identidad, especialmente cuando lo que parecía natural y estable se ve violentado, reprimido o invadido por factores humanos, tecnológicos o simbólicos muy ajenos e incongruentes. También, como ha dicho Humberto Maturana (2007), la reflexividad se favorece con las propias equivocaciones, por los errores; porque sin error, no puede haber reflexividad. Hacer psicoterapia (ya sea que se hable del paciente o del psicólogo) es ejercitar o favorecer un proceso de reflexividad. Uno no cambia el pasado, solo lo "visita" y lo vuelve a pensar. Ve a los padres con otra mirada, entiende a su suegra o se comprende a sí misma mejor. Y este proceso es parte de la permanente construcción de identidad. Nunca queda terminada para siempre una identidad.

Por último, nuestro pensamiento reflexivo también tiene que ver con nuestra pertenencia a grupos. A tal extremo que Henry Tajfel ha definido nuestra iden-

tividad social como la parte del autoconcepto individual que tiene que ver con estas pertenencias, junto con la apreciación y significado emocional asociado con la mismas (1984: 292).

Más allá de dejar claro que todas las identidades son sociales y que, por eso, prefiero hablar de identidades "individuales y colectivas" en lugar de "individuales y sociales", debo decir que el conjunto de identidades colectivas con las que cada sujeto se siente identificado —nacional, de género, de clase, religiosa, étnica, profesional y todas aquellas no tradicionales que surgen día a día— aunque puedan estar disponibles para todos, en un mismo espacio y tiempo, constituyen una especie de *Gestalt* o construcción particular que es única. En gran medida, esta manera particular de combinarse, pensarse, expresarse y narrarse nuestras pertenencias a unas y otras categorías y grupos, es una parte muy importante de nuestra identidad personal. A tal extremo lo personal es social.

La posibilidad de cambio en las inclusiones grupales y en los sentimientos de pertenencia es enorme e implica, para cada persona, no una asimilación pasiva de los valores y normas que le "enseña" la escuela y la sociedad, sino una activa incorporación y construcción, con el apoyo de interacciones, resignificaciones discursivas de la historia personal y uso de los procesos de memoria y reflexividad. Yo no le puedo enseñar o imponer a nadie cual va a ser su identidad personal, su sello, su estilo propio; tampoco imponerle a un colectivo que su identidad corporativa va a ser tal o cual. Puedo exigir una disciplina, ciertos tratos y hábitos, ciertas normas y cierto *look*; puedo favorecer, influir y hasta contagiar, pero la identidad corporativa, por seguir con el ejemplo, se tiene que convertir en algo más.

Algunos autores actuales prefieren, en beneficio del carácter activo del sujeto, hablar de "actos de identificación", intencionales, direccionales y situados en escenarios particulares, en los cuales las personas, lejos de ser "recolectoras de su pasado" son narradoras que moldean y reconstruyen constantemente este, integrándolo al presente y proyectándolo al futuro, en beneficio del sentido de continuidad (Rosa, Bellini, y Bakhust, 2000).

Con lo dicho hasta aquí, es posible pasar a una definición más limitada —pero más compleja— de identidad; la de las identidades humanas.

Cuando se habla de la identidad de un sujeto individual o colectivo hacemos referencia a procesos que nos permiten asumir que ese sujeto, en determinado momento y contexto, es y tiene conciencia de ser él mismo, y que esa conciencia de sí se expresa (con mayor o menor elaboración o *awareness*) en su capacidad para diferenciarse de otros, identificarse con determinadas categorías, desarrollar sentimientos de pertenencia, mirarse reflexivamente y establecer narrativamente su continuidad a través de transformaciones y cambios (De la Torre, 2001: 82).

Dicho muy en breve, es la conciencia de mismidad.

Para llegar aquí he tratado de incorporar, desde una comprensión bastante abierta inspirada en Vygotski (que es un aporte teórico que lo posibilita), las contribuciones de los cuatro enfoques principales que veo en el estudio de las identidades, en especial, las colectivas. Solo voy a mencionarlos por su frecuente uso en la bibliografía psicológica, y por lo mucho me ha aportado, porque ya los he tratado de integrar con anterioridad, (Salazar, 1983; Montero, 1987; Martín Baró, 1987; Tajfel, 1984; Gordo y Linaza, 1996).

1. Enfoques "objetivos" (que responden a preguntas acerca de cómo son determinados grupos).
2. Enfoques subjetivos basados en la autopercepción (cómo se definen determinados grupos).
3. Enfoques —subjetivos también— pero basados en la autocategorización y pertenencia (de qué grupos me siento parte).
4. Enfoques discursivos (qué discurso de identidad caracteriza a un grupo, un partido, una religión, un movimiento, etc.). O dicho de manera más sencilla, cómo hablamos de nosotros mismos.

Casi nadie —a no ser desde posiciones muy *naif*— utiliza científica y de manera exclusiva el enfoque objetivo, aunque está necesariamente implícito en los otros. Sin embargo, para algunos la defensa del enfoque discursivo es radical, hasta el extremo de pensarse, por ejemplo, que no hay identidades, sino "discursos de identidad". Para otros, es posible analizar la realidad como lo que está "detrás del discurso" (Gordo y Linaza, 1996). De todos modos, aunque este no sea el tema en que debo detenerme, la aparición de los enfoques discursivos ha revolucionado la manera de pensar en psicología y educación, así como el autoritarismo de las verdades únicas acerca de los más diversos temas humanos y educativos (García-Borés, 1996). Yo considero que unos y otros enfoques —o más bien, los aspectos que unos y otros enfoques distinguen— son todos indispensables, se relacionan y se necesitan de múltiples maneras; y solo se excluyen de manera radical si se les trata con rigidez y dogmatismo.

La construcción de las identidades

Veamos ahora algunos aspectos sobre el proceso mediante el cual se forman las identidades individuales y colectivas. En la actividad y la comunicación con la familia, la escuela y el resto de la sociedad, tiene lugar un proceso de internalización y apropiación de herramientas culturales como el lenguaje, las habilidades, las representaciones compartidas y los significados. Este proceso ocurre tanto para los individuos como para los grupos, pero NUNCA es unidireccional, ni mecánico o exclusivamente cognitivo. Tampoco es solo de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba (el primer caso sería que los padres, por ejemplo, formarían en 100 % la identidad de sus hijos. El segundo caso sería que, espontáneamente, sin que funcionaran presiones o influencias de poder, las identidades "crecieran" como mismo crecería un rosal de algunas semillas que alguna vez se plantaron).

Me gustaría enfatizar, mirándolo de un punto de vista humanista e histórico cultural, que en la interacción y comunicación con otros y con el ambiente natural y material, las personas desarrollan formas creativas y personales de relacionarse con el ambiente.

Las formas verbales y no verbales de comunicación, los significados y sentidos compartidos, las memorias pasadas, los símbolos, los valores, las actitudes, las tradiciones, los hábitos, las costumbres, los gustos, los prejuicios, hasta las expectativas futuras, son recibidos por los niños y niñas en crecimiento, y por los jóvenes, a través, primero, de los adultos cercanos que cuentan e interpretan las experiencias pasadas, y luego, por nuevas y variadas influencias en la escuela, el trabajo, los amigos, la comunidad, y los medios, por supuesto. A veces, sobre todo para los que viven en zonas rurales muy atrasadas, es tanta la incongruencia y diversidad en los mensajes y la falta de

preparación e información general, que resulta muy difícil para ellos funcionar como receptores activos y críticos de los mismos.

Muy temprano los niños participan en "prácticas sociales del recuerdo" (Rosa, Bellini y Bakhust, 2000) tales como rituales, paradas, festividades populares, visitas a monumentos y celebraciones, mediante las cuales se establecen vínculos y se asumen como propias algunas memorias. Hasta las memorias más personales pueden ser recordadas u olvidadas por acción de los adultos que "seleccionan" qué se retrata, se dice, se silencia o se celebra. Tal puede ser el poder de las familias e instituciones. Pero, a pesar de la fuerza de los adultos y de las figuras de autoridad, como los maestros, no se tiene el poder suficiente para manipular totalmente la memoria y las identidades; hace falta la experiencia personal. Sin experiencias personales significativas, las palabras y la participación en rituales pueden tener un efecto nulo. Hasta un conductor como Bandura dejaba claro que no bastaba colocar el modelo delante del alumno, sino que hacía falta identificación y afecto con el modelo para que se imitase (Bandura y Walters, 1963).

Por otro lado, aunque las personas tengan experiencias personales muy significativas y estén insertadas en grupos que también las compartan, tampoco esto basta para garantizar la memoria y la identidad colectiva. Hace falta un nivel adecuado de participación de cada cual, así como de satisfacción de ciertas necesidades dentro de los grupos, para que se desarrolle el sentimiento de pertenencia y la identidad individual y grupal.

Así, las interacciones sociales, la participación y las experiencias personales de los sujetos, además de las influencias de la historia y el poder, son todos elementos importantes e inseparables para la construcción de las identidades personales en la actividad, aunque durante el transcurso de la vida unos u otros factores puedan cambiar su significación o peso. Este mismo principio vale para la construcción de identidades colectivas. Y, cuando hablo de construcción de nuevas identidades colectivas, no me refiero específicamente a la inclusión de un sujeto en una identidad ya existente (en la familia, en una religión, en una banda o en un equipo), sino a la construcción de nuevas categorías de identidad.

A veces, nos cuesta mucho trabajo aceptar las nuevas construcciones identitarias o entender la necesidad de estas, casi siempre puestas de manifiesto a través de una nueva categoría; también a los científicos sociales, a pesar de todo lo que sabemos de teoría. En La Habana, aunque no me propongo desarrollar la situación cubana, a veces reviso trabajos e investigaciones donde se estudian "muestras" acorde a sexo, edad, barrio, escolaridad, ingresos, etc. Sin embargo, en un estudio de mercado que realicé, no solo encontré muchas diferencias con respecto a los rasgos compartidos, las categorizaciones, pertenencias y discursos de identidad de los jóvenes con respecto a mis trabajos hasta el 2000, sino también una pluralidad de identificaciones que respondían a muy diversos criterios cruzados y complejos ("roqueros", "mickeys", "intelectuales", "palestinos", "rastas", "frikies", "reparteros", "jineteras", "barbies", etc.). Y si quisiera saber cómo se identifican hoy, en 2019, lo tendría que investigar. No se pueden dar por supuestas las identidades según criterios externos y supuestamente objetivos de los investigadores. Aunque muchas identidades tradicionales siguen teniendo sentido (obrero e intelectual, por ejemplo), en ciertos contextos, otras categorías, como estudiante, resultaban poco diferenciadoras de un "otro" significativo en las difíciles situaciones sociales y económicas que el país atravesaba en el momento de la investigación (De la Torre, 2007). Me

refiero a la heterogeneidad interna debido, precisamente, al alto número de personas que estudian. Ser estudiante, para un joven de 15 años era, y sigue siendo —por suerte— tan natural como respirar.

Cuando un niño o una niña nacen en la Pampa de José Hernández, en el México de Hidalgo o en la América de Simón Bolívar y José Martí, conocen, aman, se identifican y hasta mueren por una tierra, una cultura, un símbolo o un valor. No los tienen que crear (aunque sí recrear y enriquecer), están ahí esperando por ellos, por sus lecturas, afiliaciones y rupturas. Pero estas identidades, por muy hechas, profundas o estables que resulten, también tuvieron sus procesos de construcción, y pueden cambiar, crecer o hasta desaparecer, como ocurrió en la antigua Unión Soviética. En este sentido, como ha planteado Manuel Castells (1998), es fácil estar de acuerdo en que todas las identidades son construidas. El caso es entender cómo, desde qué, por quién y para qué.

El reto es, también, conocer y entender cuáles son y cómo se han formado —o destruido— las nuevas y viejas identidades; así como el costo y sentido que estos procesos han tenido para la población en general.

Para resumir este punto, se puede decir que una identidad colectiva se ha formado, que un grupo humano se ha constituido como identidad, para los otros y para sí, cuando este se logra pensar y expresar como un "nosotros" y, de alguna u otra manera, puede compartir rasgos, significaciones y representaciones, así como desarrollar sentimientos de pertenencia, todo lo cual se expresa en procesos discursivos que nombran y dan sentido a estos espacios sociopsicológicos. Asimismo, quisiera resumir que la formación de nuevas identidades no es algo que se "enseña" o transmite a sujetos que reciben, sin resistencia, lo que se les inculca.

Por el contrario, la formación de nuevas identidades tiene que ver con sujetos activos, comunicándose y actuando en contextos socioculturales. Es más fácil que un adolescente se resista a ser moldeado a que acepte que lo formen igual a sus padres. De acuerdo a como he tratado de entender estos procesos desde la concepción histórica y cultural, las interacciones humanas no se pueden abordar al margen del lenguaje, de su desarrollo histórico, de las actividades conjuntas con el entorno material, ni de la influencia de relaciones de poder. Es bastante complejo y cualquier idea de que "yo te formo a ti" es mucho más compleja que una simple verdad. "Yo te ayudo en el proceso de formación", y tú, si me aprecias y me admiras, es posible que te dejes ayudar".



Lo mismo vale para un tema que no puedo desarrollar aquí con amplitud, pero que deseo mencionar: *en la construcción de identidades hay que trabajar*, lo mismo se trate de una escuela, un partido, una empresa, la defensa de una raza, la identidad propia o un negocio de helados. Hay que ver el material con que cuento de inicio y hay que diseñar cómo lo vamos a aprovechar. O al revés, pienso lo que quiero y estudio si aquello con lo que cuento me lo va a servir; o cómo lo que tengo se puede aprovechar. “De abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo”, solía decir a mis alumnas. Pensemos por un momento en una institución, en una empresa, en un negocio o en un producto particular. Ni uno resuelve el problema en una mesa de trabajo y va y le impone a la organización una identidad que un grupo de expertos diseñó, ni espera que la identidad de un colectivo se forme por la simple obediencia o pobre interacción. Recordemos, por ejemplo, el movimiento negro en Estados Unidos. Había que cambiar, desde la práctica el reclamo social, y desde el discurso, los estereotipos impuestos. *BLACK IS BEATIFUL*, fue mucho más que una frase.

Y, como estoy hablando de un tema teórico con aplicaciones prácticas, el lector se dará cuenta que hay una gran diferencia entre la construcción de identidades personales y las colectivas; entre el fortalecimiento o integración de los miembros a una entidad colectiva y el desarrollo de una nueva identidad. No es lo mismo fortalecer los sentimientos de identidad nacional que formar la identidad de una provincia que se acaba de crear. Tampoco es lo mismo la creación de una marca o una imagen, que la creación de los resortes no visuales de las identidades (por ejemplo, el sentido de pertenencia de los miembros que forman parte del complejo entramado empresarial que genera el producto que previamente se diseñó). Se leen todavía manuales de identidad de organizaciones donde parecería que la identidad es solo lo visual, el logo o el color... cuanto más el trato o el cómo responder. En fin, queda mucho por decir.

No abra una cafetería y le ponga DON FULANO sin pensar en su clientela, lo que va a vender, el barrio en que se ubica o cuántos paladares o cafeterías de llaman ya DOÑA O DON. Hay que buscar un estilo propio y congruente; solo así se va a triunfar, aunque el negocio sea muy sencillo, busque su sello personal. Y desarrolle también el espíritu de equipo y participación creativa de todos los implicados, el orgullo de pertenecer. Y hasta aquí una especie de aterrizaje en nuestra cotidianidad.



Volviendo a lo general, la UNESCO (1996) ha planteado que se trata de aprender a vivir juntos desarrollando el conocimiento de los otros, de su historia, de sus tradiciones y su espiritualidad. También, y a partir de allí, crear un nuevo espíritu, que, precisamente, gracias a esta percepción de nuestras interdependencias crecientes, impulse a la realización de proyectos comunes o bien a un manejo inteligente y pacífico de los inevitables conflictos. Eso vale para el mundo y también para su espacio limitado y particular.

Es imposible la realización de proyectos conjuntos sin la existencia de identidades, porque estas son las que nos hacen sentir que compartimos, con otros, metas y aspi-

raciones comunes. Los objetivos educativos más universales serían imposibles sin la contribución de la educación a la construcción de identidades tanto individuales como colectivas, mediante la inserción y participación creativa de todos en la cultura. Volviendo a lo cotidiano, sin la participación de todos en la institución, el negocio o la familia. Sin participación no habrá identidad. La gente se siente parte de lo que ayuda a crear, crecer o evolucionar. No solo apoyar, subrayo, sino gustar y decidir.

Hace ya veinte años tuvimos una experiencia muy particular durante la gestación, organización y celebración del Encuentro Internacional Identidad y Subjetividad (La Habana, 1998). Lo pensamos entre un grupo de colegas estando yo en Argentina (otoño de 1996), y trataba, durante una visita a una agencia de viajes, de promover un evento que otra psicóloga cubana me había pedido apoyar y divulgar. Reunidas en la agencia con dos colegas argentinas (Viviana Fumagalli y Haydee Kudlach) al presidente de la agencia DONDE, Marcelo Israel, le llamé la atención el tema de la identidad que investigábamos nosotras. Y, sin muchos rodeos, nos dijo “ese sería el evento y el tema que me gustaría ‘inventar y promover’”.

Y así fue. No era un evento regular de una institución o sociedad, no tenía financiamiento asegurado, tampoco ninguna organización estaba comprometida previamente con su celebración: no era “una tarea”. Pero se fueron sumando muchos, y como todos participábamos construyendo el encuentro desde la raíz, se creó el grupo organizativo más poderoso que yo alguna vez pude coordinar. No puedo hacer una larga historia de obstáculos y logros desde el inicio hasta el final, solo digo que nos convertimos en un “nosotros” que trabajamos y logramos cosas que en ningún evento anterior yo pude ver; con la excepción de algunos pocos como los primeros encuentros internacionales de psicoanalistas y psicólogos marxistas (tuvieron muchos nombres desde 1986 hasta 1998 en que se dejaron de celebrar), y Hominis después.

En el caso de los encuentros de “psicoanálisis y marxismo”, el origen tuvo la misma fuerza común: la total participación no solo para ejecutar una tarea, sino para crear. Recuerdo que el primer encuentro con los psicoanalistas, llamado “Encuentro de problemas teóricos y metodológicos de la psicología en América Latina” fue gestado entre un grupo de psicólogos y psicoanalistas brasileños (al que enseguida se sumaron argentinos) con la parte cubana protagonizada por Fernando González, Manuel Calviño y Juan José Guevara. Esos eventos surgieron y se llevaron adelante a todo pulmón, tal y como hicimos después con el de identidad.

En fin, porque han pasado veinte años y es justo recordar, enumeraré algunos de los logros alcanzados por el Encuentro de identidad, no como tema por su nombre, sino como propósito de un grupo de personas unidas por una meta común. Se inauguró —gracias al entusiasmo del destacado intelectual Fernando Martínez Heredia y de la especialista asociada a la Oficina del Historiador de la Ciudad, Blancamar León— en la Basílica de San Francisco con un concierto de Ars Longa y las palabras iniciales de Eusebio Leal Spengler. Tuvo, más allá de lo propio de cualquier evento —como cursos precongreso, posters, talleres y demás— sesiones fijas de cine (“Rincón Fresa y Chocolate” coordinado por el documentalista Carlos León) donde un día podía estar Jorge Perugorría, Rigoberto Lopez, Pastor Vega o Lizet Vila y otro día se rendía homenaje a los 30 años de *Memorias del Subdesarrollo* con la participación de artistas del filme; exposiciones de pintura; puestas en escena de obras de teatro; desfile de mo-

das cubanas; encuentro de terapia grupal; sesiones de marketing e identidad; ponencias de médicos y especialistas dedicados a la reconstrucción facial y los problemas de identidad; talleres y temas de historia y otras ciencias sociales. También, el conocimiento —bajo la dirección de su presidenta Estela de Carlotto— del trabajo de las Abuelas de Plaza de Mayo por la recuperación de sus nietos y por la creación de la cátedra de Identidad en la Universidad de Buenos Aires, que tuve la dicha de presenciar después.

Tuvimos plenarios diarias en el Aula Magna de la Universidad de La Habana donde nos visitaron, asesoraron o colaboraron los más destacados especialistas del tema provenientes de Francia, España, Argentina, Chile, Uruguay, México y nuestro propio país. Por ejemplo, Denise Jodelet de Francia con el tema de las representaciones sociales, Fernando Ulloa de la universidad de Buenos Aires en temas de psicoanálisis y derechos humanos, Pedro Pablo Rodríguez en historia de Cuba y José Martí, así como Roberto Fernández Retamar, ensayista y poeta, sobre la identidad en el arte y la literatura. También disfrutamos de la colaboración del desaparecido cineasta y ensayista Julio García Espinosa.

En fin, el Encuentro Internacional Identidad y Subjetividad logró demostrar en la práctica el carácter multidisciplinario y transdisciplinario de la identidad, la creación de identidad no solo por vínculos pasados, sino por proyectos futuros comunes y la diversidad y amplitud de las identidades; con el componente subjetivo de las personas que, cuando son parte y aportan, logran que un grupo humano logre crear una marca, dejar una huella y funcionar a cabalidad. Hasta un hermoso logo que sugiere a la vez un sello propio, pero no algo estático ni fijo, se pudo recibir como regalo de un artista que ni su nombre nos dejó para poderlo ahora recordar. Lo hizo porque se sintió parte del evento de identidad, lo hizo por amor.

Pudimos comprobar en ese encuentro que el hecho de compartir la pertenencia a un grupo —como ha dicho Morín (1999)— transforma la relación entre las personas de una manera que permite la acción colectiva coordinada y eficaz, pues, cuando las personas consideran que los demás pertenecen a su misma categoría, es más probable que experimenten confianza y respeto y que cooperen con ellos. La educación, por ejemplo, debe participar protagónicamente en la construcción de identidades, no ofreciendo a los alumnos contenidos de identidad, sino generando orgullo, participación, vivencias, y sentido de pertenencia, por ejemplo, nacional. Todos tenemos el derecho a recibir la herencia cultural que nos precede, y a apropiarnos libre y creativamente —desde esos referentes— de todo lo nuevo que nos pueda aportar la cultura en su sentido más amplio. Pero, a la vez, nadie acepta que se le enseñe TODO desde referentes ajenos, que se le depositen (recordemos a Paulo Freire, 1970) conocimientos como si los alumnos fueran recipientes vacíos, cosa que también (¡y muy bien!) ha criticado Rogers (1980). Cientos de estudios dan cuenta de los falsos retrasos e "inculturas" que resultan de la incapacidad para apreciar el valor de los conocimientos que están encerrados en las diversas culturas, aunque no se trate de las culturas dominantes. En fin, no es pequeño el reto que estos problemas nos plantean.

Las culturas viven y vivirán en diálogo, al igual que las identidades —que no son otra cosa que un producto cultural—. Desde este punto de vista considero que cualquier esfuerzo profesional o académico tiene sentido si contribuye, aunque sea un poco, a que el mundo sea más justo y a que en el mismo puedan convivir las diversas identidades con respeto a la diversidad.

Volviendo a lo más general, con independencia de las diferencias que existen entre las realidades de los múltiples grupos y personas, creo que estas preocupaciones pueden ser, de alguna manera, compartidas por todos los que tenemos que ver con los problemas y retos de las identidades. El reto mayor es tratar de enfrentar los peligros del fanatismo de algunas identidades, y a la vez, la necesidad de su existencia como proceso importante de construcción de sentido y de salvaguarda de la riqueza y diversidad de nuestro mundo actual y de nuestro propio país.

Como el desarrollo apretado de los temas tratados tal vez solo alcance la categoría de provocación, quiero terminar con lo más general. La defensa de la identidad universal del ser humano y a la vez de la posibilidad de la diferencia dentro del respeto a los derechos de todos es y debe ser una de las aspiraciones más importantes no solo de psicólogos y psicólogas, sino de todo aquel que tenga que ver (ya sabemos que somos TODOS) con la construcción y desarrollo de las identidades. Cualquier emprendimiento identitario es válido siempre y cuando no conspire contra la preservación del medio ambiente, la cultura, la humanidad y la nación.

¿Cómo somos los cubanos?

- *Evalúa la presencia de las siguientes 15 características personales en los cubanos. En cada línea (del 1 al 15) solo puedes marcar una vez, siendo que el valor 3 indica que es muy característico, 2 más o menos característico, y 1 poco característico.*

Observa el siguiente ejemplo:

	3	2	1		1	2	3	
Concentrados								Dispersos

Si tú consideras que son concentrados, y que no son dispersos, ya hiciste una primera decisión, ubicarás tu evaluación en alguna de las casillas de la 1 a la 3, en la zona de “concentrados”. Ahora te falta decidir si los percibes como poco concentrados, más o menos concentrados, o muy concentrados. Si consideras que son más o menos concentrados entonces marcaras en la casilla

	3	2	1		1	2	3	
Concentrados		X						Dispersos

¡Adelante!

¡Danos tu valoración de cómo somos los cubanos!

Al final dejamos tres espacios en blanco para que escribas otras características que te parezcan típicas, y que no están en el listado que te entregamos.

	3	2	1		1	2	3	
Humanos								Inhumanos
Fieles								Infieles
Mal educados								Educados
Honestos								Deshonestos
Trabajadores								Vagos
Corruptos								Incorruptos
Morales								Inmorales
Tristes								Alegres
Buenos								Malos
Eficientes								Ineficientes
Desorganizados								Organizados
Desarrollados								Subdesarrollados
Brutos								Inteligentes
Útiles								Inútiles
Profundos								Superficiales

Puedes hacer varios ejercicios: 1. Después de valorar a “los cubanos”, valórate tú mismo y compara; 2. Compara tu valoración con las de otras personas; 3. Evalúa otras nacionalidades y compara.

Puedes enviarnos tu evaluación a: manuelc@psico.uh.cu

Retos del hacer y pensar la psicología en y con Cuba hoy

Manuel Calviño

El reto del nacimiento

La psicología en Cuba, preparada en sus materias clásicas por sus precursores, desde sus inicios significativos en la década de los sesenta, nació de un vientre socializador, de un proyecto fuertemente enraizado en las necesidades fundamentales de la sociedad, de las mayorías, y ha tenido desde entonces una construcción social imbricada con fuerza en la realidad.

Es un privilegio histórico para cualquier profesión de vocación humanista, nacer asociada a un proyecto de bienestar y justicia social mayoritario, un proyecto emancipatorio de profundo carácter nacional y popular, enraizado en las necesidades fundamentales de las personas, en sus derechos inalienables.

Sus primeros pasos fueron de la mano de una encomienda social, de un conjunto de “tareas urgentes” que, si bien no dejaron mucho tiempo al ejercicio crítico del pensamiento, fueron provocadoras de prácticas críticas, más allá del establecimiento de encuadres teóricos-paradigmáticos. Un desbalance menos alucinante que su inverso (es decir, construir meta-realidades teóricas abstractas en franca ejercitación malabarismos conceptuales).

Hacer antes de reflexionar a profundidad, ser antes de pensar, andar antes de saber caminar: he aquí horrores que provocarían la ira de las élites inquisidoras del pensamiento científico. Horrores que son errores: errores placenteros, bienaventurados, de una historia que pudiera acuñarse con el nombre de “perfectamente imperfecta” y que con certeza se parece más a la vida misma que la promulgada por los cánones hegemónicos de la llamada científicidad. La constitución social praxológica de la psicología en el archipiélago cubano, es en su debut una presencia compulsada desde fuera de la psicología, obviamente por el propio proyecto sociopolítico que le da cuna. Pero no por compulsada extrínsecamente la presencia social resulta menos asumida ni menos construida desde la decisión. Igual, el protagónico de los orígenes organizados de la disciplina en nuestro país, pertenece a la lucha por la emancipación, la independencia, la justicia social, la educación, la salud, la construcción de: “[...] un pueblo con menos desigualdades, menos ciudadanos sin amparo alguno, menos niños sin escuelas, menos enfermos sin hospitales, más maestros y más médicos por habitantes que cualquier otro país del mundo [...]” (Castro, 1998: 13).

Los que han indagado con más profundidad en la historia del ejercicio profesional de la psicología en Cuba testimonian y demuestran su orientación predominantemente social reivindicadora de prácticas sociales constructivas. La integración de la psicología en Cuba como una “ciencia profesional” como una

“actuación científica profesional” ha sido la condición misma de su origen, su desempeño y el sentido mismo de su ejercicio como disciplina comprometida con un proyecto que la trasciende. Este ha sido el reto del nacimiento, bien distinto a los orígenes conocidos de la psicología en otros contextos.

La generación de conocimientos y prácticas intencionadas para impactar favorablemente sobre el bienestar y la felicidad de los cubanos y las cubanas, fue, y sigue siendo, la misión conductora, el reto de sentido, organizador e instigador del trabajo de las y los profesionales de la psicología. Una misión insertada de manera coherente en los procesos políticos, sociales y culturales que acontecieron en el país. Psicólogas y psicólogos sumados al proyecto de hacer la patria: “Un país es un paisaje, una patria es una aspiración” (Leal, 2013: 31).

Lo hicimos con la total comprensión de que, como ha sustentado De la Torre (2009), los mejores rostros de las disciplinas sociales en nuestro país, y en América Latina toda, los más creativos, los que más han aportado al enriquecimiento del alma cubana (y latinoamericana), han estado inequívocamente vinculados a las luchas del pueblo por su independencia, su autonomía, su derecho a ser quien y como somos. Lo hicimos acompañados de los que nos tendieron su mano amiga, y sin los que no dieron nunca ni la más mínima señal de colaboración. Lo hicimos con quienes nos permitieron acceder a sus centros de formación e investigación, y sin los que no nos permitieron ni acercarnos a ellos. Lo hicimos, nadie lo dude, con quienes teníamos comunidades de miradas, similitudes de intencionalidades, cercanías de idearios, y sin los que, por el contrario, hacían una psicología que se distanciaba de lo que avizoramos como nuestros destinos, nuestras necesidades, nuestra identidad, nuestra decisión de hacer lo nuestro.

El reto de las transformaciones emergentes

El nacimiento marca, no hay duda, pero las disciplinas científicas, las prácticas profesionales, y nuestro país es un ejemplo testimonial, están fuertemente impactadas por sus momentos históricos, por los contextos de época que vive el país, la región, este mundo, en que ellas existen. Siempre hay quien se encierra en un laboratorio, en un salón de clases, o en una biblioteca, e intenta desconocer la realidad como factor de producción emergente de su trabajo. Pero incluso en estas condiciones, el impacto es inevitable.

Los noventa, para la psicología en Cuba, fueron años de transformación y cambio, precisamente por lo que significó (y aún significa) ese decenio para el país. En la década de los noventa, la sociedad cubana comienza a atravesar por un importante proceso de sucesivas mutaciones. Un cambio de época, asociado a la desintegración de lo que algunos llaman “la civilización soviética”, que catapultó efectos insospechados sobre un país, sobre una población, que había vivido, una década antes, posiblemente el mejor momento de bienestar subjetivo cotidiano de su historia reciente.

Por solo esbozar una ayuda al recuerdo cercano, me acompaño de Alonso (2011), para intentar una representación, a la que faltará sin duda, el momento sensible, el de haberlo vivido.

La dramática perspectiva que abrió para Cuba la década final del siglo xx [...] bautizada premonitoriamente como “período especial”, contiene una cadena de situaciones sucesivas en la cual la sociedad padecerá los efectos superpuestos del “derrumbe” y

de las medidas para hacerle frente [...] Cuando hablamos del impacto del derrumbe socialista en el proceso cubano nos referimos muy puntualmente a una caída del 36 % del PIB entre 1990 y 1993. La capacidad importadora de la economía nacional cayó en un 75 %, y el 65 % de la disponibilidad monetaria hubo que dedicarla a la importación de petróleo y de alimentos. La compra de alimentos en 1992 se redujo a la mitad de la de 1989 [...] el consumo de kilocalorías disminuyó, de cerca de tres mil a mil novecientas, y el de proteínas de ochenta a cincuenta gramos [...] se hicieron frecuentes los cortes de electricidad prolongados, el transporte público y otros servicios se redujeron a la mínima expresión, la construcción de viviendas sufrió una interrupción casi total, y el fondo habitacional urgido de reparación, y el hacinamiento crecieron; la infraestructura hospitalaria encaró un deterioro del que no se ha podido recuperar veinte años después (Alonso, 2011: 27).

La situación real (mucho más compleja que la descrita), así como las inevitables medidas tomadas para aminorar los efectos sobre la población, favorecieron la aparición de signos de una diferenciación objetiva y, concomitantemente, subjetiva en diferentes grupos poblacionales, básicamente asociada a las condiciones para no solo vivir con bastante menos intensidad los rigores de la situación, sino también para el desarrollo de modelos de vida muy diferenciados de una parte respecto a la mayoría de la población.

La situación económica, su impacto sobre la aparición de notorias insatisfacciones cotidianas, la intensificación de los rigores del vivir cotidiano, acompañados de emergentes y no siempre orgánicas decisiones gubernamentales, se tradujeron en una condición que favoreció procesos de diferenciación en la población, asociados a capacidades creadas al margen de la relación con el trabajo, con la producción del bien común. La sociedad cubana entra en un nuevo momento particularmente complejo, desde el punto de vista social y cultural. La psicología acompañó estos procesos, aunque de manera tímida en sus inicios, toda vez que representaba una situación ni imaginada dentro de las proyecciones conceptuales, metodológicas y prácticas de la profesión.

No obstante, en relativamente poco tiempo, aparecieron las actuaciones de acompañamiento para el desarrollo de habilidades, estrategias, modos de afrontamiento de la "nueva situación". Los psicólogos y psicólogas no mirábamos con "el catalejo psi" las subjetividades emergentes, sino que construíamos prácticas emergentes facilitadoras de los difíciles diálogos sujeto-grupos-instituciones-situación real que vivíamos (obvio, también como sujetos cotidianos).

La psicología, los psicólogos y psicólogas trifurcamos nuestro hacer. De una parte el mantenimiento, enriquecimiento y desarrollo de las tradiciones nacionales de pensamiento psicológico propio en su interacción sobre todo latinoamericana; la inclusión y posicionamiento, el acompañamiento y generación de afrontamientos productivos a la situación del país, en los procesos sociales (psicosociales, sociopsicológicos) de los diferentes grupos o segmentos del entramado societal; lo que supone también la entrada en el mundo de las prácticas profesionales asociadas al nuevo escenario empresarial.

El reto de los cambios intencionados

La necesidad percibida de cambiar ha marcado especialmente el último decenio. Se han experimentado importantes modificaciones en la estructura y modo de funcionamiento de nuestro país. En particular, luego de la aprobación de los

Lineamientos de la Política Económica y Social en el año 2011, en la sociedad cubana se han producido transformaciones significativas. Se ha abierto una época de cambios de alta significación y complejidad.

No hay duda alguna, hay que cambiar. Cambiar intencionadamente (hacer pasar cosas, no que nos pasen cosas). Cambiar con un sentido responsable. Cambiar como proceso de unidad y ruptura. No solo emergió la demanda de un cambio de estilos de hacer, de modos de hacer, sino sobre todo de un cambio de formas de pensar, de percibir, un cambio de mentalidad, como se ha planteado en múltiples ocasiones: “[...] Sin cambiar la mentalidad no seremos capaces de acometer los cambios necesarios” (Castro, 2011).

Ese cambio de mentalidad, viene demandado, entre otras cosas, por el amplio proceso de reforma en el que, como acertadamente señala Espina (2015), “subyace una concepción diferente del socialismo, y se orienta al tránsito hacia un modelo de organización de la economía y la sociedad multiactoral” (Espina, 2015: 198). Cambios en los modelos de propiedad, diversificación de los actores sociales y económicos, re-emergencia y vitalización del sector privado y el cooperativo, descentración y descentralización del poder del estado y el gobierno, re-delimitación de las prácticas asistenciales del Estado, aparición de nuevos textos legislativos, propiciamientos de movilidad social, diversificación y distanciamiento de los estratos sociales, remodelación de los afrontamientos políticos dilemáticos (dígase restablecimiento de relaciones diplomáticas con el Gobierno de los Estados Unidos de América), por solo señalar algunos de los rostros reconocibles del proceso de actualización nacional.

Sumándose a las sedimentaciones (rémoras y propulsores) de los períodos anteriores, los primeros impactos de estas transformaciones sobre los sujetos cotidianos transfiguran (prosiguen el proceso de transfiguración de) las subjetividades, las cuestionan, las instigan en movimientos diversos. El aumento de la heterogeneidad económica y social, promueve heterogeneidad subjetiva. La reinserción en el panorama económico, de formas de actuación desechadas ayer, y hoy redimensionadas, promueve la aparición de nuevas subjetividades, al tiempo que retrotrae formas de subjetividades que se reincorporan a la discursividad social. Una verdadera eclosión de subjetividades.

Las nuevas producciones simbólicas, las nuevas discursividades, las emergencias de nuevos actores, el replanteo de proyectos de vida, la búsqueda de otras formas de inserción social, el planteamiento básico de simplemente vivir, son el resultado de un proceso de cambio profundamente dilemático, con efectos esperables solo a mediano y largo plazo, con un predominio de las miradas económicas, incluso economicistas.

Se hace meta en la construcción de “un socialismo próspero y sostenible”, es decir, el logro de niveles adecuados de justicia social, prosperidad asociada al aporte al bien común, sostenibilidad ecológica que rebasa los sentidos solo antropológicos. Pero de alguna manera entendiendo como necesario un período de diferenciaciones, muchas de las cuales parecen hasta contradecir algunas de las razones históricas de las prácticas políticas, sociales, económicas, y hasta científicas y profesionales.

Se disparan entonces: procesos de búsqueda de soluciones sujetadas a las inscripciones primarias —la familia y sus integrantes—; procesos comportamentales que encaminen un posicionamiento entre los más alejados del solo amparo; procesos de adecuación a las leyes de los mercados (económicos, simbólicos, también científicos y profesionales); procesos de reaprendizajes y

reestructuración de decisiones; revalorizaciones, replanteos, reconsideraciones de los procesos de colaboración, participación y ciudadanía.

No es que todo lo sólido se desvanezca en el aire, como suponía Marx, en el advenimiento del capitalismo. Es que la solidez de lo que no se desvanece, queda de alguna manera condicionada al encuentro de nuevas formas de sostenibilidad ahora compartida entre las limitaciones del asistencialismo operante hasta ayer, y las capacidades individuales puestas en doble juego: el bien de todos contextualizado en diferentes niveles de bien de algunos.

En esta situación reinante (y también gobernante) la construcción histórica de la psicología en el país, es insuficiente. La psicología, como ejercicio conjuntivo de profesionales, científicos, académicos, necesita también su reingeniería, la elaboración como gremio de los procesos de continuidad y ruptura ante una nueva realidad nacional. Romper los nudos (epistemológicos, praxológicos, paradigmáticos) que obstaculizan la reconstitución de nuestros modelos teóricos, nuestras prácticas profesionales, de nuestro modo de hacer y ser psicología en esta época de cambios inmersa en un cambio de época.

No se trata del establecimiento argumentado de las discapacidades de lo hecho, sino sobre todo de la construcción de nuevas fortalezas. No se trata de poner la mira en lo que no se miró, sino abrir la mirada a los procesos emergentes de la realidad y proyectarse hacia el futuro.

Definitivamente, así como al cuestionar la situación mundial de la psicología, Pinillos afirmó que “[...] la modernidad en que la psicología se hizo ciencia ya quedó atrás, y la psicología científica tendrá que decidirse a explorar sin reticencias otras maneras de hacer ciencia, distintas de las que aprendió durante la modernidad” (Pinillos, 1996: 38),

nosotros podemos decir, y asumir, que la Cuba en la que nació la psicología de manera organizada, los cubanos y cubanas que la sustentaron, la hicieron, está en crisis de desarrollo, está cambiando. Y es necesario asumir el cambio para alcanzar un nuevo estadio de desarrollo. No es, para nada, un proceso desconectado del mundo, al interior solo de los que pasa en nuestro país, sino un proceso trascendente que se legitima en su especificidad y su generalidad.

La psicología “ciclópea”, positivista, está en proceso de extinción, de autodestrucción, bajo el peso de una complejidad ecológica y de una holística existencial desmedidamente injusta, de las que necesita emerger (si es que los científicos lo permiten) una ciencia de mirada múltiple, con alternativas epistemológicas y metodológicas que den cuenta, y que se den cuenta, del mundo en que vivimos, de nuestras realidades construidas bajo los hegemonismos obsoletos y agonizantes de los siglos XIX y XX.

Para los psicólogos y las psicólogas cubanas, se trata de la asunción de un partidismo inequívoco con el bienestar y la felicidad de los cubanos y las cubanas; de una reintegración en los procesos regionales, latinoamericanistas, de crecimiento y desarrollo: “con todos y para el bien de todos”; del posicionamiento en la propulsión de una ciudadanía sana, es decir constructora de su destino dialogado, cooperado, de conciudadanos. Se trata de la participación en el desmontaje de estructuras unilaterales y unidireccionales de poder, promoviendo procesos emancipadores en las unidades sociales básicas —las relaciones interpersonales, los grupos, las familias—, en las instituciones, en la sociedad.

Como contribución a una discusión que nuestro gremio ha de emprender, intentaré apenas algunas de las cuestiones que considero básicas, primordiales

en el proceso de direccionamiento de las prácticas profesionales y científicas de la psicología en el país.

Primero llamo la atención sobre lo que pudiera llamar, tareas conceptuales.

La reinstalación del compromiso social de la psicología, del compromiso de las psicólogas y los psicólogos

La idea del compromiso social de la psicología, no es apenas asistir a los pobres, a los excluidos, a las víctimas de un orden injusto, a los desfavorecidos. Ayudarlos a movilizar los recursos propios para producir beneficios (bienestar) en esas condiciones: “La supervivencia de la psicología [...] está ligada al respeto insobornable por la realidad y el análisis científico y socio-político que esta exige” (Grande, 1996: 93).

Es sobre todo remontarse a las causas que han construido y construyen ese orden a nivel objetivo y a nivel subjetivo (simbólico, imaginario) para promover procesos que propendan a desarticularlas, eliminarlas, y buscar las formas autóctonas, propias, de instaurar ordenes más justos y equitativos. La pobreza, la exclusión, la injusticia, la inequidad, tiene representaciones en nuestra sociedad. Está asociada a variables de género, de raza, de edad. No hablo de intencionalidades, de causas instaladas por obra de fórmulas políticas, sino de efectos colaterales, pero al fin y al cabo efectos nocivos. La pobreza objetiva es causa predominante de los avatares de la producción de subjetividades alejadas de sus capacidades salutogénicas, de su despliegue pleno, de su realización humanizada. La psicología:

[...] en lugar de ser un testigo de los procesos sociopolíticos que afectan al individuo [...] es un medio para intervenir en las transformaciones sociales [...] para producir respuestas a los problemas planteados por las relaciones sociales, económicas y políticas (Montero, 1987: 46).

Compromiso social es también denuncia de las desviaciones, de los efectos nocivos de las prácticas emergentes en nuestra sociedad. La inclusión de formas cercanas a los modos capitalistas de producción necesita una práctica consistente de reflexión crítica. En un análisis crítico de los desempeños soviéticos, que luego condujeron a la instauración de una sociedad altamente desigual, el Che señala:

Se corre el peligro de que los árboles impidan ver el bosque. Persiguiendo la quimera de realizar el socialismo con la ayuda de las armas melladas que nos legara el capitalismo [...] se puede llegar a un callejón sin salida [...] No es posible construir la nueva sociedad, con los principios de la vieja sociedad (Guevara, 1965: 27).

El proceso que vive el país es complejo, y demanda junto al compromiso, creatividad, flexibilidad, desarrollo y dominio profesional. Se trata, al decir de Sader (1999), de un desafío: El de construir propuestas alternativas, que superen las etapas históricas de nuestra región, y que, recuperando la creatividad, la capacidad inventiva y la socialidad de nuestro gremio intelectual, haga renacer la capacidad de elaboración teórica del pensamiento social latinoamericano.

En esta dirección es necesario favorecer los procesos de construcción ciudadana, la capacidad no solo de sumarse a un proceso en el sentido aditivo, sino insertarse con sentido crítico. Lo que significa el desarrollo de la adscripción crítica, una ciudadanía crítica.

La reconstrucción crítica de las epistemologías al uso de la psicología

La reconstrucción crítica de las epistemologías al uso (consciente o imprudente) de la psicología, en un avance hacia nuevas lógicas científicas y profesionales, es una demanda fundamental. No hay inmersión real en los procesos de cambio a nivel de las prácticas, sin una reconstitución crítica de las epistemologías tradicionales que se traducen en nuestros modos de pensar y hacer.

Prácticas emergentes, acompañamientos profesionales diversos, contextualización funcional, operativa y eficiente de las modelaciones teóricas, configuraciones paradigmáticas psicológicas —psicosociales, sociopsicológicas, etc.— capaces de hacerse cargo de la historia, insisto, no como lastre, sino como propulsor, para dar cuenta de lo que se gesta al interior del país, y el camino que construya lo gestado, en aras de la preservación y el enriquecimiento del alma cubana, reclaman nuevas lógicas, nuevas descentraciones epistémicas.

La discusión de los nuevos giros semióticos de las ciencias sociales, las emergencias epistémicas de los estudios socioculturales, las miradas de la complejidad, por solo recordar algunas, necesitan ser insertadas en nuestras representaciones y prácticas científicas y profesionales. Obviamente en los procesos de formación y enseñanza de la psicología.

La psicología que queremos avanzar —en tanto contiene como fundamental la propuesta de la liberación de la enajenación, la multiplicación de los procesos consensuados, la construcción colectiva del bienestar, la producción de autonomías colaborativas, conjuntivas—, ha de encontrar su inserción en el proceso de fusión de las prácticas políticas, científicas, culturales, en diálogos simétricos con las prácticas cotidianas para construir la superación de los límites de la producción de la vida hoy. Por eso:

La psicología latinoamericana debe descentrar su atención de sí misma, despreocuparse de su estatus científico y social y proponerse un servicio eficaz a las necesidades de las mayorías populares. Son los problemas reales de los propios pueblos, no los problemas que preocupan otras latitudes, los que deben constituir el objeto primordial de su trabajo. Y, hoy por hoy, el problema más importante que confrontan las grandes mayorías latinoamericanas es su situación de miseria opresiva, su condición de dependencia marginante que les impone una existencia inhumana y les arrebató la capacidad para definir su vida (Martín Baró, 1986: 225).

Una epistemología desde lo real, desde las lógicas de las intencionalidades libertarias, socializadoras, emancipadoras. Esta es una delimitación esencial. Más allá de las incongruencias formales, hay una poderosa razón ética que toda la producción científica, todo el trabajo académico, todo ejercicio profesional a de encaminarse a asumir y hacer referente de constitución.

Como escribió Brecht, y no me canso de recordar, el único fin de la ciencia debe ser aliviar las miserias de la existencia humana. Si los hombres de ciencia, atemorizados por los déspotas, se conforman solo con acumular saber por el saber mismo, se corre el peligro de que la ciencia sea mutilada y que vuestras máquinas solo signifiquen nuevas calamidades. Así vayáis descubriendo con el tiempo todo lo que hay que descubrir, vuestro progreso solo será un alejamiento progresivo de la humanidad (Brecht, 1956: 65).

La ciencia aséptica, el psicólogo inmerso en “realidades virtuales”, tiene que ceder el paso a la tarea de convertirse en intelectuales auténticos que

denuncien la hipocresía, las injusticias sociales y la miseria humana, al decir de Chomsky. Y esto requiere no solo de una discusión acerca de la cientificidad, que encuentra anquilosada solución en las epistemologías archiconocidas, sino de una discusión acerca de “lo científico”, lo que es o no ciencia. Lo que es o no científico.

La reconstitución identitaria de la profesión, de sus actores

Para cambiar de manera de pensar hay que sufrir profundos cambios interiores y asistir a profundos cambios exteriores, sobre todo sociales, decía el Che, quien al mirar a la constitución de un sujeto *des-sujetado*, perfiló algunas bases conceptuales de la reconstrucción de la identidad profesional.

En este sentido, exploremos la coherencia de la psicología que necesitamos, con el/la actor/actriz que la realiza. Salgamos a la edificación de un profesional de la psicología que entienda y asuma que “[...] el desarrollo de la conciencia debe estar estrechamente ligado al estudio, al estudio de los fenómenos sociales y económicos que dirigen esta época, y a la acción revolucionaria” (Guevara, 1962: 9). Que se perfila no solo como un agente de cambio social afirmativo, sino también crítico, como alguien que va: “adquiriendo [...] más conciencia de la necesidad de su incorporación a la sociedad y, al mismo tiempo, de su importancia como motor(es) de la misma” (Guevara, 1965: 35).

Un profesional de la psicología con “más riqueza interior y con mucha más responsabilidad” (ibídem), capaz de “tener una gran dosis de humanidad, una gran dosis de sentido de la justicia y de la verdad para no caer en extremos dogmáticos, en escolasticismos fríos [...]” (ibídem). Psicólogas y psicólogos “guiados por grandes sentimientos de amor” (ibídem). Necesitamos psicólogas y psicólogos que se forman como antítesis de “los domesticados”, de los “asalariados dóciles al pensamiento oficial”, de los que viven “ejerciendo una libertad entre comillas” (ibídem).

No necesitamos vacas sagradas. En todo caso sí queremos, necesitamos, terneros y terneras herejes.

Claro que esto no es todo. Hay que descolonizar, emancipar las miradas, las formas de ideología colonizada (fascinada), los modelos y esquemas de pensamiento, valoraciones, incluso las veleidades y narcisismos atrapados en el imaginario primermundista. También, por supuesto y fundamental, sus lugares de asentamiento en sistemas burocráticos, normativas, exigencias cientificistas, sobre determinaciones institucionales (instituidas e instituyentes) que refuerzan las tendencias que habría que superar.

Hay que acercarse a posiciones democratizadoras, participativas, integracionistas, que supongan sistemas conjuntos, colaborativos, de construcción. Avanzar en la búsqueda de unidades en las diversidades. Dejar atrás los elitismos, las obnubilaciones de poder. La ciencia no es sino un campo de producción de conocimientos y prácticas coherentes, encaminados a favorecer el bienestar y la felicidad. La asunción de la diversidad epistemológica es fuente de crecimiento y asiento para la consideración y el respeto de la multiplicidad cultural.

Tenemos que favorecer el conocimiento, y aprovechamiento, del acervo intelectual, ético, praxológico, espiritual de América latina, de los territorios y regiones en las que están enclavados geográfica, cultural y políticamente nuestros propósitos. No se trata solo de un ejercicio de la mirada histórica, sino del sustento del hacer y el pensar de las prácticas cotidianas del ejercicio científico y profesional que propendan a la generación de producciones autóctonas.

Esto para nada significa la renuncia a la universalidad, a las producciones históricas, ancladas y contingentes, venidas desde otras latitudes simbólicas, sino de la participación en la construcción universal con apego a lo propio, lo nacional, lo latinoamericano. La valoración de lo propio sin detrimento de la asimilación de toda la generación de conocimientos, saberes, prácticas.

Estas tareas más del orden de lo conceptual, son base, fundamento para hacer fila junto a las cubanas y cubanos en esta época de cambios; para que la psicología deje de ser tan solo el conocimiento y la habilidad de los psicólogos y psicólogas, una disciplina científica para el consumo propio, y pase definitivamente al consumo, conocimiento y producción comportamental extensivo de las personas en los diferentes espacios de realización de su vida. Por tanto, revelar su sentido más allá de su carácter práctico aplicado, en su consolidación como “cultura de los sujetos cotidianos”.

No quiero dejar de señalar otras tareas más operativas. Adelanto que solo voy a enumerar, aquellas que pueden, deben, erigirse como problemáticas relativamente nuevas, asociadas a los nuevos contextos y realidades, dando por descontado el robustecimiento de las prácticas asociadas a las continuidades funcionales, operativas y conceptuales que enlazan los momentos de ruptura con los de unidad. Los caminos ya *enrutados* —pienso primeramente en la psicología de la salud, prominente y exitosa dentro de las estrategias de desarrollo del país; la psicología en la esfera de las prácticas del deporte y la educación física, la cultura física de la población— han de fortalecerse, amplificarse, y con mirada reconstructiva encontrar sus nuevos retos (Calviño, 2018).

Entonces, pensando en los retos de época, de desarrollo inmediato y contextual, más allá de los niveles de desarrollo alcanzados, ¿qué operaciones promisorias pueden ser testimoniadas? ¿Hacia dónde dirigir enfáticamente nuestros esfuerzos profesionales? Solo señalo algunas, en el entendido de que se abre un proceso de análisis e integración gremial para entender las nuevas inserciones necesarias, posibles, y demandadas:

1. Refundar los procesos de democratización y participación, acceder a las competencias asociadas al establecimiento de consensos basados no solo en la unidad, sino también en la diversidad. Potenciar los procesos de generación de economías solidarias, de autogestión local, y la integración en espacios transcomunitarios.
2. Acompañar los procesos de formación y desarrollo de habilidades comportamentales y representacionales para las nuevas exigencias y condiciones del país, remontando procesos de gestión diversos, pero con un sentido socializador.
3. Favorecer el crecimiento de la productividad (la eficiencia, la rentabilidad, etc.) en los escenarios institucionales y empresariales (sobre todo, en las empresas estatales) por las vías de: La gestión de los procesos directivos y de liderazgo; la motivación, la estimulación y el desarrollo personal; el incremento de los procesos de comunicación, colaboración, trabajo conjunto, en equipo; la potenciación de los procesos de innovación y creatividad; el desarrollo de los procesos de toma de decisión asociados a las nuevas funcionalidades descentralizadas (y descentralizables).
4. Promover el bienestar laboral, institucional de cubanos y cubanas en sus espacios laborales. Realizar estudios científicos y trabajos profesionales que permitan la conjunción de las exigencias laborales, con la salud de los

- y las trabajadoras, la eliminación de los estados tensionales, favoreciendo la salud laboral, física y psicológica.
5. Acompañar procesos de empoderamiento, autogestión, participación, etc. en los ámbitos comunitarios, así como los procesos de defensa y desarrollo de las culturas locales, autóctonas.
 6. Potenciar las interdependencias personales y grupales al interno de las comunidades, los barrios, los grupos sociales de base, en los modos de gestión de la construcción del bienestar individual asociado al colectivo. Favorecer los aprendizajes de resolución de conflictos de convivencia, intergeneracionales.
 7. Activar y participar en los procesos de educación y desarrollo de las competencias para los consumos responsables y proactivos, con un sentido ecológico, antropológico y nacional. Construir y realizar procesos de orientación psicosocial y educativa encaminados a la producción de modelos humanistas y descolonizadores de los consumos culturales y mediáticos.
 8. Acompañar los procesos de cambio de una mentalidad consumidora a una productora, de una mentalidad de derecho, a una de derechos y deberes, de una mentalidad de "locus externalista" a una responsable, resolutiva, emprendedora.
 9. Accionar en los procesos de construcción de ciudadanía, de responsabilidad social, de interés activo en "la cosa pública". Educación y formación ética de los modos de interacción en los diferentes espacios de integración social. Promover la buena convivencia, la integración, los procesos de co-participación.
 10. Estudiar las subjetividades emergentes, la generación de las nuevas dinámicas psicosociales. Reconocer los signos de la inequidad, exclusión, prejuicialidad, discriminación, en aras de potenciar actuaciones de superación y desarticulación.
 11. Promoción, educación y desarrollo de formas salutogénicas de vida.
 12. Asistir a los procesos de transformación educativa, tanto en sus aspectos normativos, didáctico-pedagógicos como en la inclusión de una preparación de niños y jóvenes para entrar (acceder, participar) en las nuevas realidades (actuales y prospectivas) del país. Contribuir al desarrollo de los procesos de inclusión en todos los ámbitos sociales, a favor de una educación incluyente, a la vez que diferenciada en base a las necesidades especiales de los diversos grupos.
 13. Potenciar una educación generadora de una cultura del emprendimiento, del trabajo, de la competencia colectiva, y no del *competitivismo* individualista. Potenciar los valores humanistas, la construcción de proyectos de vida favorecedores del bienestar y la felicidad de todas y todos.
 14. Participación activa, desde lo científico y lo profesional, en las políticas públicas, tanto en su conformación, su aplicación como en su revisión y modificación. Conformar espacios públicos de actuación mediante el uso de las redes sociales, el sistema de la televisión, la radio, etcétera.
 15. Acompañar y co-participar en la generación de los nuevos modelos de inserción y comunicación social por medio de las nuevas tecnologías. Estudiar los procesos de formación de nuevos modelos de relaciones sociales, de convivencias en redes, de gobierno electrónico, etc. como forma de abrir nuevos espacios de desarrollo de la propia Psicología, y del sentido pro-social de sus prácticas.

16. Construir acciones responsables de extensión científica y profesional, fomentando el desarrollo de una cultura psicológica en la población, la asimilación de saberes, de procedimientos e instrumentos que favorezcan el bienestar y la felicidad de todos y todas.

La lista será más contundente, clara y precisa, en la medida que asumamos los retos de esta época de cambios, en la medida en la que actuemos como gremio, y no solo como entes aislados.

Es probable que, para algunos todo lo dicho hasta aquí, parezca excesivamente politizado, ideológico. Tengo malas y buenas noticias: nadie se salva del pie forzado, porque como señala de Souza:

Toda interpretación de la realidad es un acto político. No hay una sino múltiples realidades dependientes de la percepción de cada intérprete. Como la forma de mirar al mundo condiciona la forma de actuar en él, toda interpretación aceptada tiene consecuencias para los modos de vida en la realidad interpretada.

Ninguna interpretación es neutral. La imaginación de un intérprete está impregnada de valores, intereses y compromisos influenciando su concepción de realidad" (De Souza, 2005: 7).

De modo que nosotros seguiremos haciendo psicología en y con Cuba. Ahora, en esta época de cambios, y en los cambios de época que se sucederán. Quien se quiera levantar con esta Isla tendrá nuestra mano amiga, esa que estamos extendiendo juntos para la construcción de la Cuba que siempre ha sido un Proyecto, porque existe inequívocamente en el deseo de hacerla siempre más cubana, más de los cubanos y las cubanas. Sea la psicología nuestra forma de ser partícipes, constructores activos de nuestra patria, de nuestra nación.

Bibliografía

- ABEGUNDE, D.; MATHERS, C.; ADAM, T.; ORTEGON, M. Y STRONG, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries, *The Lancet*; 370, 929-1938.
- AGUAYO MARTÍNEZ, A.; LÓPEZ VÁZQUEZ, E.; LORENZO RUÍZ, A.; ÁVILA GUERRERO, M. E.; VERA JIMÉNEZ, J. A.; HINDRICH, I. (2016). Representaciones sociales ante emergencias y desastres, *CUADERNOS DE CRISIS*, 1(15), <http://www.cuadernosdecrisis.com/> ISSN: 1698-409.
- AGUAYO MARTÍNEZ, A.; LÓPEZ VÁZQUEZ, E.; LORENZO RUÍZ, A.; ÁVILA GUERRERO, M. E.; VERA JIMÉNEZ, J. A.; HINDRICH, I. (2016). Estrategias de afrontamiento ante emergencias y desastres, *CUADERNOS DE CRISIS*, 2(15), http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2016/numero15vol2_2016. ISSN: 1698-409.
- ALMEYDA, A. (2017). Programa de Orientación para la Elección Profesional Responsable, Tesis de Doctorado. Cuba, Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, La Habana.
- ALONSO, A. (2011). La sociedad cubana tras medio siglo de cambios, logros y reveses. Recuperado el 12 de marzo de 2017, en <http://www.cubadebate.cu/opinion/2011/09/07/la-sociedad-cubana-tras-mediosiglo-de-cambios-logros-yreveses/#.VzCGeNyyq98E>.
- ALLPORT, G. (1967). *The Individual and his religion: A Psychological Interpretation*, McMillan Pun. Co
- ALVES BORGHETTI, R.; ALVES DE CAMARGO LACERDA, M.; JOSE LEGAL, E. (2012). A Atuação Do Psicólogo Diante Dos Desastres Naturais: Uma Revisão. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 17(2), 307-315.
- AMARO BLANCO, A. J., BARROSO PÉREZ, C. T., LORENZO RUIZ, A. (2017). Instrumentos y metodologías de los diagnósticos de la vulnerabilidad psicosocial de la comunidad y de la vulnerabilidad familiar, ante situaciones, *CUADERNOS DE CRISIS*; 1(16), www.cuadernosdecrisis.com/docs/2017/numero16vol1_2017_3_instrumentos.pdf
- ALLPORT, GORDON (1961). *La Personalidad, su formación y desarrollo*. La Habana: Ediciones Revolucionarias.
- ALONSO, A. Y ROCA, M. (1979). Salud Mental, en Roca, M. (comp.) (1979). *Selección de Lecturas de Psicología Clínica*, La Habana: Impresiones ENPES.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- ASOCIACIÓN MUNDIAL DE SALUD SEXUAL (2008). *Salud sexual para el milenio. declaración y documento técnico* (E. Coleman, Ed.). Washington D. C.: OPS.
- ÁVILA, A. (2013). Diagnóstico sociopsicológico de las organizaciones. *Psicología para América Latina*, 24, 240-255. Recuperado el 4 de julio de 2013, en http://www.revistapsicolatina.org/?page_id=251

- _____ (2013a). Diseño de un cuestionario para el diagnóstico sociopsicológico de las organizaciones. *Wimb Lu*, 8(1), 81-103. Recuperado el 8 de julio de 2013, del sitio Web: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/10846/10228>
- _____ (2013b). Diseño e implementación de un procedimiento metodológico para el diagnóstico de variables sociopsicológicas en organizaciones cubanas. *Ciencia y Tecnología*, 5, 3-16. Recuperado el 1 de julio de 2013, del sitio Web: <http://issuu.com/franciscocedenotroya/docs/cyt5>
- _____ y MEDINA, A. (2002). Evolución de la Teoría Administrativa. Una visión desde la Psicología Organizacional. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3), 262-272.
- _____. (2005). Principales alternativas metodológicas en el abordaje sociopsicológico de las organizaciones. Diagnóstico organizacional e intervención, en H. Moros y M. Díaz (comp.). *Psicología Organizacional II. Selección de Lecturas*, 255-274), Ed. La Habana, Cuba: Félix Varela.
- BARILE, J., THOMPSON, W., ZACK, M., KRAHN, G., HORNER-JOHNSON, W. Y HAFFER, S. (2012). Activities of Daily Living, Chronic Medical Conditions, and Health-Related Quality of Life in Older Adults. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams y Wilkins. *The Journal of ambulatory care management*, 35(4): 292-303.
- ÁVILA VARGAS, N., (2006). Familia, racialidad y acceso a la Educación Superior en Cuba. Un estudio de caso (Tesis de Licenciatura), Universidad de La Habana, La Habana.
- _____ (2013). *Un estudio sociodemográfico del acceso a la Educación Superior en Cuba. El papel de la familia en un contexto de políticas públicas de amplio acceso*, La Habana: CEDEM, Universidad de La Habana.
- _____ (2016) La participación familiar en las trayectorias educativas desiguales de jóvenes universitarios. Un estudio en la Universidad de La Habana, Ponencia presentada en el II Encuentro Internacional de Investigadores sobre Juventud. Centro de Estudios sobre Juventud, La Habana.
- BALAGUÉ, G. (2006). Las mil caras de la psicología del deporte. VIII Congreso Sudamericano de Psicología del Deporte, Chile.
- BANDURA, A. Y WALTERS, R. H. (1963). *Social learning and personality development*, Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- BASS, B. AND BASS, R. (2008). *Handbook of Leadership: Theory, Research and Managerial Applications* (Fourth Edition), New York: Free Press.
- BATISTA, P. (2014). ¿Todo el mundo cuenta? Percepción de exclusión social en el barrio Pilar-Atarés, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, La Habana.
- _____ (2018): Caracterización del proceso de inclusión-exclusión educativa en instituciones docentes de La Habana. Tesis en opción al título académico de máster en Psicología Educativa. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana.
- BAUMAN, Z. (2009). *A arte da vida. Profissional de Alunos do Ensino Médio*, Revista Brasileira de Orientação Profissional, 1-14, Río de Janeiro: Jorge Zahar.
- BEATRIZ, T. & ALFONSO, A. (2017). Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. *I Consenso de enfermedades del suelo pélvico y salud sexual* (vol. VII), La Habana: Cenesex.
- BERGER, P. Y LUCKMANN, T. (1968). *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu.
- BERNSTEIN, D. (1981). *Introducción a la Psicología Clínica*, Nueva York: McGraw-Hill.
- BERRY, M.; REJESKI, W.; MILLER, M.; ADAIR, N.; LANG, W.; FOY, C. Y KATULA, J. (2010). A lifestyle activity intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 104: 829-839.

- BELL, R. (2001): Pedagogía y diversidad. El problema y su marco de referencia, *Pedagogía y diversidad* (Bell, R.; Musibay, I. comp.), La Habana: Casa Editora Abril.
- BILLIG, M. (1998). El nacionalismo banal y la reproducción de la identidad nacional. *Revista Mexicana de Sociología*, 60(1), 37-57.
- BOHR, N. (1949). *Discusiones con Einstein sobre los Problemas Epistemológicos en la Física Atómica*, [s. n.].
- BOURDIEU, P. (2001). Crítica a la indiferencia por las diferencias. *Intervenciones 1961-2001*. Ciencias Sociales y Acción Política. Hiru. (Documento impreso).
- BRECHT, B. (1956). *Galileo Galilei*. Buenos Aires: Ediciones Losange. Recuperado en http://www.bsolot.info/wpcontent/uploads/2011/02/Brecht_Bertold-Galileo_Galilei.pdf
- BRUNER, J. (1991). *Actos de significado; más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- BUSTAMANTE, JOSÉ A. (1984). *Psicología Médica*, segunda reimpresión, t. I, La Habana: Edición Revolucionaria.
- CABELLO, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- CALVIÑO, M. (2018) Redimensionando el ecro de la Psicología de la Salud en Cuba. Cuestiones relevantes a una mirada psicosocial. *Alternativas cubanas en Psicología*, 6(18), 29-43.
- CASTRO CANNON, W. (1911). *The Mechanical Factors of Digestion*. Wisconsin: Medical College of Wisconsin.
- CANTÓN, E. (2003). La Psicología del Deporte Profesional. *Áreas de aplicación de la Psicología del Deporte*. Libro Monográficos de Ciencias del Deporte 2. Murcia, España: Consejería de Presidencia. Dirección General de Deporte.
- _____ (2006). El ejercicio profesional en psicología de la actividad física y el deporte, en Enrique Garcés, Aurelio Olmedilla y Pedro Jara (ed.). *Psicología del Deporte*. Madrid: Diego Marín.
- _____ (2009). La profesión de Psicólogo del Deporte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 62(1-2), 121-129.
- _____ (2010). La Psicología del Deporte como profesión especializada. *Papeles del Psicólogo*, 31(3), 237-245, <http://www.cop.es/papeles>
- CARBONERO, M. A. & MERINO, E. (2004). Autoeficacia y madurez vocacional. *Psicothema*, 229-234.
- CARRANZA, W. A. Y FLÓREZ-ALARCÓN, L. E. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 63-82.
- CASALES, J. (1996). Estilos de Dirección, Liderazgo y Productividad Grupal. *Revista Cubana de Psicología*, 13(2 y 3), 137-177.
- _____ (2005). Determinantes de la Eficacia Directiva en una Institución Universitaria. *Revista Cubana de Psicología*. Número Especial, 126-141.
- _____ (2017). *Fundamentos de Psicología Social*. La Habana: Félix Varela.
- _____ y Barrios, A. (2016). *Estilos de Dirección, Liderazgo, Procesos Grupales y Resultados Competitivos en Equipos de Fútbol Soccer*, en <http://www.monografias.com/trabajos108/estilos-direccion-liderazgo-procesos-grupales-y-resultados-competitivos-equipos-futbol/estilos-direccion-liderazgo-procesos-grupales-y-resultados-competitivos-equipos-futbol.shtml>
- _____, Lage, I. y Yumar, L. (2014). *Liderazgo, Procesos Grupales Hacia la Meta y Desempeño Competitivo en Equipos de la 53 Serie Nacional Cubana de Béisbol*, en <http://www.monografias.com/trabajos101/liderazgo-procesos-grupales-meta-y>

- desempeno-competitivo-beisbol-cuba/liderazgo-procesos-grupales-meta-y-desempeno-competitivo-beisbol-cuba.shtml
- CASTELLANOS, D. (1997, enero-junio). La determinación social del talento: implicaciones teóricas y educativas. *Revista Varona*, 28, 42-47, La Habana.
- CASTRO, F. (1998). Discurso pronunciado el 21 de enero de 1998, en <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1998/esp/f210198e.html> Recuperado el 20 marzo de 2017.
- CASTRO, R. (2011). Discurso en la Asamblea Nacional. Recuperado en <http://www.cubadebate.cu/especiales/2011/08/01/discurso-de-raul-en-la-asamblea-nacional/#.VzjFPNyq98E>
- MELLUISH, S.; LORENZO, A. (2015). Cuban Internationalism-An Alternative Form of Globalisation. *Journal International Review of Psychiatry*, 26(5), 595-601.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LONGEVIDAD, ENVEJECIMIENTO Y SALUD (CITED) (2012). *Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad*. La Habana: Ed. Acuario y Ed. Félix Varela.
- CENTRO DE POBLACIÓN LATINOAMERICANO (CEPAL). Anuario Estadístico Latinoamericano (2018). *Estadísticas Sociales. América Latina y el Caribe: proyecciones de la población total, por decenios, 1950-2050* (en miles de personas a mitad de cada año), 14.
- CERQUERA, A. M. (2014). *Programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer en Bucaramanga*, Colombia. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana.
- COBIÁN MENA, A. (2004). *La hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas*, Barcelona, España: morales i torres editores.
- _____ (2005, abril). Hipnosis en la cura mente cuerpo. Mecanismos que sustentan su valor. Trabajo presentado como tesis de maestría, para obtener el grado académico de Máster en Medicina Bioenergética y Naturalista. UCM-SC, Santiago de Cuba.
- _____ (2010). *Yo sí creo en la hipnosis*, 2.^a Edición. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- COHEN, R.; AHEARN FREDERICK, L. JR. (1989). Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. OMS/OPS., Editado por Harla, S. A., de C.V., México.
- CASTELLS, M. (1998). La era de la información: Economía, sociedad y cultura, vol. II, *El poder de la identidad*, Madrid: Alianza Editorial.
- _____ (2005). La importancia de la identidad. <http://www.lavanguardia.es/web/20051105/51196911420.html>.
- Congreso Internacional sobre las Personas con Discapacidad. Declaración de Madrid. (2002), <http://includ-ed.eu/es> y <http://www.ub.edu/>
- COSTA, K. M., BERTASSONI, M., MIRANDA, V. R. y ESTEVES, C. (2005). Um Estudo sobre a Maturidade para a Escolha Booth-Kewley S. y Friedman H. S. (1987). *Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. Psychological Bulletin*, 11: 343-362.
- Cox, T. (1992): *The Recognition and Measurement of Stress: Conceptual and Methodological Issues*, en Wilson y Corlett: *Evaluation of Human Work*. London: Taylor y Francis.
- CUDNEY, S. y WEINERT, C. (2012). An Online Approach to Providing Chronic Illness Self-Management Information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*; 30(2): 110-117.
- CHACÓN, M., GRAU, J., REYES, M. C. (2012). *Prevención y control del estrés laboral y el desgaste. Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados*. La Habana: ECIMED.
- CHECTON, M., GREENE, K., MAGSAMEN-CONRAD, K. Y VENETIS, M. (2012). Patients' and Partners' Perspectives of Chronic Illness and Its Management. *Families, Systems & Health*; 30 (2), 114-129.
- CHIAVENATO, I. (2011). *Administración de Recursos Humanos* (7.^a Ed.). Santa Fe de Bogotá, Colombia: McGraw Hill Interamericana.

- CHOCHINOV, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The A, B, C and D of dignity conserving care. *BMJ*; 335: 184-187.
- COUBERTÍN, P. (1913). *Essays de Psychologie sportive*. Paris, Lausanne.
- Cuba. *Paradigma en la reducción de riesgo de desastres* (2009). Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil de Cuba, Oxfam Solidarité-Solidariteit, Administración Belga de la Cooperación al Desarrollo-Gobierno del Reinado de Bélgica. Impreso por Grupo Excelencias, La Habana.
- CUESTA, A. (2005). *Tecnología de Gestión de Recursos Humanos* (2.ª Ed.). La Habana: Academia.
- DALAMA, A. A. (2016). La estimulación del aprendizaje de los alumnos con talento en la enseñanza primaria de la República de Angola. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad Pedagógica Enrique José Varona, La Habana.
- TORRE, C. DE LA (1995). Conciencia de mismidad: identidad y cultura cubana. *Temas*, 2, 111-115.
- _____ (2001). *Las identidades; una mirada desde la psicología*. La Habana: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana, Juan Marinello.
- _____ (2007). Valores y motivaciones de los cubanos y cubanas de hoy; un aporte al conocimiento del mercado cubano y sus segmentos. Informe interno para BRASCU-BA. La Habana.
- _____ (2009). Historia de la Psicología en Cuba: Cincuenta años de Psicología- cincuenta años de Revolución. *Psicología para América Latina*, 17. Recuperado en <http://www.psicolatina.org/17/cuba.html#>
- _____ (2011). *Identidad, identidades y ciencias sociales contemporáneas; conceptos, debates y retos*. Recuperado de <https://letrajoven.wolrlpress.com>. Originalmente aparecido en 2008 en <https://www.Psicología-online.com/articulos>.
- DIETERICH, H. (2000). *La crisis de los intelectuales*. Buenos Aires: Editorial 21.
- Diagnostical Statistical Manual DSM 5 (2013) Diagnóstico estadístico de las enfermedades mentales en su versión 5. APA, USA.
- DÍAZ, D. & SÁ, M. J. (2014). O estatuto sociocultural familiar como vetor da decisão vocacional: promessas e (des)ilusões da entrada na educação superior. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 51-64.
- DÍAZ ARCAÑO, K, LORENZO RUIZ, A. (2016). Conocimientos e impacto psicológico de los desastres en estudiantes de psicología: resultados de una investigación. *Integración Académica en Psicología*, 4(12), 45-56.
- DÍAZ, M. (2005). La Gestión del Potencial Humano en la Organización. Una Propuesta Metodológica desde la Psicología. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de La Habana, La Habana.
- Directiva no. 1 del presidente del Consejo de Defensa Nacional (CDN) para la Reducción de Desastres del 8 de abril del año 2010. La Habana.
- DI NICOLA, G., JULIAN, L., GREGORICH, E. S., BLANC, D. P. Y KATZ, P. P. (2013). The role of social support in anxiety for persons with COPD. *Journal of Psychosomatic Research*; 74(2): 110-115.
- DOMÍNGUEZ, L. (1992). *Caracterización de los niveles de desarrollo de la motivación profesional en jóvenes estudiantes* (Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana). La Habana.
- _____ (2018): ¿Qué es la personalidad? *Descubriendo la Psicología*. Calviño, M. (coord.). La Habana: Editorial Academia.
- DOMÍNGUEZ, L., & IBARRA, L. (2003). Juventud y proyecto de vida. En L. Domínguez, *Psicología del Desarrollo: adolescencia y juventud*. La Habana: Editorial Félix Varela.

- DURKHEIM, E. (1993). *Las formas elementales de la vida religiosa*, Madrid: Alianza.
- ERIKSON, E. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: Norton.
- _____ (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.
- _____ (1974). *Dimensions of a new identity*. New York: Norton.
- ERICKSON, KAI T. (1976). Loss of Communitarity of Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 302-324.
- ESPÍN, A. (2011). Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia: Ciudad de La Habana: 2003-2009. Tesis para por el grado de Doctor en Ciencias de una Especialidad, Escuela Nacional de Salud Pública.
- ESPINA, M. (2015). Reforma económica y política social de equidad en Cuba, en Espina, M. y D. Echevarría (coord.). *Cuba: los correlatos socioculturales del cambio económico*, 197-223. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales-Ruth Casa Editorial.
- FERNÁNDEZ, L. (2010). *Género y ciencia o ¿La apoteosis del egoísmo?* Cuba, La Habana: Editorial de la Mujer.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2011, marzo). "Envejecimiento saludable". Conferencia en el Congreso sobre Envejecimiento. La Investigación en España, Universidad Autónoma de Madrid.
- FIGUEROA, R. A., CORTÉS, P. F., ACCATINO, L.; SORENSEN, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria. Orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144; 643-655.
- FIGUEROA, R. A., MARÍN URIBE, H., GONZÁLEZ, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica de Chile* [revista en Internet]. [citado 2011 Mar 05]; 138(2): 143-151. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8872010000200001&lng=es doi: 10.4067/S0034-98872010000200001
- FREDERICK, CALVIN J. (1997). Current Thinking about Crises or Psychological Intervention in United States Disasters. *Mass Emergencies*, 2, 43-50.
- FREIRE, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva.
- FROMM, E. (1941). *Escape from freedom*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- _____ (1956). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ y Mac Coby, M. (1974). *Psicoanálisis del campesino mexicano*. México: FCE.
- FRIEDMAN, H., DI MATTEO, RCD. (1989). *Health Psychology*. London: Prentice Hall.
- GARCÉS, E. (2008). *Ser psicólogo del deporte. 10 competencias para la excelencia profesional*, La Coruña: NetBiblo, Garcés de Los Fayos y E. J. Olmedilla.
- GARCÍA, F. (2000) *Fundamentos de la Psicología del deporte. Aspectos Históricos, Teóricos, Metodológicos y Aplicativos*. Universidad San Martín de Porres. Escuela Profesional de Psicología. Lima: W C Servicios Gráficos S. R. L.
- _____ (2007). *Apuntes sobre la Historia de la Psicología del Deporte en México*. <http://ucha.blogia.com/123101-apuntes-sobre-la-historia-de-la-psicologia-del-Deporte-en-mexico.-primera-parte.php>
- _____ (2008). A Psicologia do Esporte no Esporte de Alto Rendimento Coleção Psicologia do Esporte e do Exercício, vol. 1.2. En Maria Regina Ferreira Brandão e Afonso Antonio Machado (eds.). *Teoria e Aplicação, Brasil*: Editora Atheneu.
- _____ (2009, julio-diciembre) Historia y actualidad de la Psicología del Deporte en Cuba. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. 4(2), 307-316.
- _____ (2010). La actividad física y la salud. Un vínculo no lineal. Evento de Actividad Física y Salud 2010 en la Escuela Internacional de Educación Física y Deporte de

- Cuba. 9 al 10 de diciembre del 2010, <http://ucha.blogia.com/2010/121302-la-actividad-fisica-y-la-salud.-un-vinculo-no-lineal..php>
- _____. (2011). *Psicología do desporto aplicada ao papel do treinador* (cap. II), José Alves y António Paula Brito (eds.). *Manual de Psicologia do Desporto para Treinadores*, Ano de Edição, Brasil: Editora Visão e Contextos.
- _____. (2012) *Pensando sobre el estado de la psicología del deporte*. <http://ucha.blogia.com/2012/092301-pensando-sobre-el-estado-de-la-psicologia-del-deporte.1.php>
- _____. (2013). *Historia de la Institucionalización de la Psicología del Deporte*. Disponible en <https://www.psicodeportes.com/notas-acerca-de-la-historia-de-la-psicologia-del-deporte-en-el-mundo-y-en-cuba/>
- GARCÍA, M.T. (2012): *Familia y discapacidad: Apuntes para su estudio e intervención*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- GARCÍA CANCLINI, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos: conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo.
- _____. (2003). Noticias recientes de hibridación. *Revista Transcultural de Música*. 7.
- GARCÍA-BORÉS, P. (1996). La Desarticulación de discursos y la "versión única" como fenómeno e instrumento de poder. A. J. Gordo, y J. L. Linaza. *Psicologías, discursos y poder*, 339-352. Madrid: Visor.
- _____. y MARTINOY, S. (1998). Retos postmodernos para la construcción de la identidad. Ponencia presentada al Encuentro Internacional Identidad y Subjetividad celebrado en La Habana, marzo, 1998.
- GEENEN, R., NEWMAN, S., BOSSEMA, E., VRIEZKOLK, J. Y BOELEN, P. (2012). Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice Res Clinical Rheumatology*, 26(3): 305-319.
- Gerencia de Desastres en Cuba*. Compilación de Artículos contribuidas por el Centro de Información y Documentación del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED). Oficina de Asistencia Humanitaria de La Comisión Europea CARDIN. Biblioteca de la University of The West Indies. Kingston, Jamaica, octubre, 2003.
- GERGEN, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- GIDDENS, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo; el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- _____. (1999). *La tercera vía; la renovación de la socialdemocracia*. Madrid: Taurus.
- GONZÁLEZ MAURA, V. (1989). Niveles de integración de la motivación profesional (Tesis de Doctorado). Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior de la Universidad de La Habana, La Habana.
- _____. (1994). *Motivación profesional y personalidad*. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier. Sucre.
- _____. (1998). Caracterización de la motivación profesional en estudiantes de 1.º y 3.º año de la carrera de Ingeniería Química del Instituto Superior Politécnico J. A. Echevarría. Informe de Investigación. CEPES. Universidad de La Habana. La Habana.
- _____. (2004). *La Orientación Profesional y currículum universitario. Una estrategia educativa para el desarrollo profesional responsable*. Barcelona, España: Laertes.
- _____. (2007). La elección profesional responsable: elemento esencial en la calidad del acceso y permanencia en la Educación Superior. *Revista Cubana de Educación Superior*, 3-14.
- _____. (2008). Diagnóstico de la competencia para la elección profesional responsable. Un estudio en jóvenes que acuden al servicio de orientación vocacional de la Universidad de La Habana. *Revista Cubana de Educación Superior*, 37-58.

- _____ (2009). Autodeterminación y conducta exploratoria. Elementos esenciales en la competencia para la elección profesional responsable. *Revista Iberoamericana de Educación* (51), 201-220.
- GONZÁLEZ MENÉNDEZ, R. (2012): La psicoterapia para víctimas de desastres. La Habana: Editorial Dampsa.
- Gorbunov, G. (1988). Psicopedagogía del Deporte. Moscú: Vneshtorgizdat.
- GRAHAM, H. y KELLY, M. P. (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Reino Unido: NHS Briefing Paper.
- GRANADOS, E. y ESCALANTE, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. *Liberabit Revista de Psicología*; 16(2): 203-215.
- GRAU, J. (1996). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. G. Rodríguez, M. E. Rojas (eds.). *La Psicología de la Salud en América Latina*, 47-60. México, D. F.: UNAM.
- _____ (2009). Alleviating Cancer Patients Suffering: Whose Responsibility Is It? *Viewpoint in Medicc Review*, Summer 11(3): 52.
- _____ (2012). Ética en Oncología. Conferencia inicial en el módulo de Bioética en la especialidad de Oncología, Instituto cubano de Oncología y Radiobiología (documento no publicado).
- _____ (2013). Enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada panorámica. Conferencia central en el módulo de Enfermedades Crónicas, Especialidad de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (inédito).
- _____, CHACÓN, M. y REYES, M. C. (2012). *Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados*. La Habana: ECIMED.
- _____, HERNÁNDEZ, E. y VERA, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. E. Hernández, J. Grau (eds.). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, 113-178. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- _____, INFANTE, O. y DÍAZ, J. A. (2012). Psicología de la Salud en Cuba: apuntes históricos y proyecciones para los inicios del siglo XXI. *Pensamiento psicológico*; 10(2): 83-101.
- _____ y MARTÍN, M. (1993, enero-junio). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Revista Psicología y Salud*, 137-149.
- _____ y SCULL, M. (2013). Necesidades psicológicas y espirituales al final de la vida: un reto en la atención a la salud. G. R. Ortiz (ed.). *Tópicos selectos en Psicología de la Salud: Aportes latinoamericanos*, 165-212. México, D. F.: Ducere.
- _____, VICTORIA, C. R., VARGAS, E. (2014). *Perder, sufrir y seguir. El proceso de duelo*. Guadalajara: UNIDAPSA.
- GRANDE, A. (1996). *El Edipo después del Edipo. Del psicoanálisis aplicado al psicoanálisis implicado*. Colección Psicoanálisis y Cultura. Argentina: Topía.
- GROSSARTH-MATICEK, R. y EYSENCK, H. J. (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychol Reports*, 66: 355-373.
- Grupo MÁSTER DIDÁCTICO. (2007). *Enciclopedia Temática del Conocimiento. Orientación Vocacional. Métodos de Estudio*. Buenos Aires: Emán.
- GUEVARA, E. (1962, mayo). Conferencia a los estudiantes de la Facultad de Tecnología. Recuperado en http://www.archivochile.com/America_latina/Doc_paises_al/Cuba/Escritos_del_Che/escritosdelche0046. PDF.
- _____ (1965). *El Socialismo y el hombre en Cuba*. Recuperado en <https://www.marxists.org/espanol/guevara/65-socyh.htm>
- HAHN, E. (1976). *Psychodiagnostik*, Wisfne, Basel, Alemania.

- HANSON, M. y GLUCKMAN, P. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115 (Suppl 1): S3-5.
- HARTMANN, M., BAZNER, E., WILD, B., EISLER, I. y HERZOG, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychother Psychosom*, 79(3): 136-148.
- HOUTART, F. (1992). *Sociología de la Religión*, Ruth Casa Editorial y Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- IZQUIERDO, MARÍA JESÚS (1988). El malestar en la desigualdad. Universidad de Valencia, España: Ed. Cátedra.
- ISSP (International Society of Sport Psychology) (1991). Position Statement: Physical Activity and Psychological Benefits. *ISSP News Letter*, 2(2).
- JAMES, W. (1986). *Varietades de la experiencia religiosa*, Madrid.
- JANEVIC, R. M., ROSLAND, A. M., WIITALA, W., CONNELL, C. M. y PIETTE, D. J. (2012). Providing support to relatives and friends managing both chronic physical illness and depression: The views of a national sample of U.S. adults. *Patient Education and Counseling*, 89, 191-198.
- JARA, P. y GARCÉS, E. (2002, julio-diciembre). El psicólogo del deporte ante las contradicciones o incongruencias generales de la psicología. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 10(2), 79-86.
- JENKINS, R. (1996). *Social Identity*. London: Routledge.
- JUNG, C. J. (1949). *Psicología y religión*, Buenos Aires.
- JUNQUEIRA, M. L., y MELO-SILVA, L. L. (2014). Maturidade Para a Escolha de Carreira: Estudo com Adolescentes de um Serviço-Escola. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 187-199.
- JURADO, A. y SUÁREZ, M. (2012). Modificación de Estilos de Vida en Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *Idfiperu*, 6(1): 19-27.
- KELMAN, H. C. (1983). Nacionalismo e identidad nacional: un análisis psicosocial. J. R. Torregrosa y B. Sarabia (eds.). *Perspectivas y contextos de la psicología social*. Barcelona: Editorial Hispano Europea, S. A.
- KNAPP, E. (2007). *Psicología de la Salud*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- KNITTLE K, DE GUCHT V y MAES S. (2012). Lifestyle- and behaviour-change interventions in musculoskeletal conditions. *Best Pract. Res Clin Rheumatol*; 26(3): 293-304.
- KOBASA S. (1993). Inquiries into hardiness. D. Goldberg y M. Brehnitz (eds). *Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications*, New York: McGraw-Hill.
- KORCHIN, SHELDON J. (1979) *Modern Clinical Psychology. Principles of Intervention in the Clinic and Community*. Basic Books, Inc. New York: Publishers.
- LAGARDE, M. (1988). *Identidad Genérica y Feminsimo*, Sevilla. España: IAM.
- LAZARUS RS y FOLKMAN S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (trad. española de *Stress, appraisal and coping*, de 1984). Barcelona: Martínez Roca.
- LEAL, E. (2013, 5 de noviembre). Una patria es una aspiración. Palabras en la Sesión Solemne de la Asamblea Municipal del Poder Popular, por el 500 aniversario de la fundación de la Villa de San Salvador del Bayamo. Recuperado el 25 de marzo de 2017 <http://www.cubadebate.cu/opinion/2013/11/29/una-patria-es-unaaspiracion/>
- LEHMANN, N., PAUL, A., MOEBUSA, S., BUDDEC, T., DOBOSB, G. Y MICHALSEND, A. (2011). Effects of lifestyle modification on coronary artery calcium progression and prognostic factors in coronary patients-3-Year results of the randomized SAFE-LIFE trial. *Atherosclerosis*; 219(2): 630-636.
- LORENZO RUIZ, A. (2000). Psychological Base International Rehabilitation Programs for People who had suffered after The Biggest Critical Incident. Manuscript. Thesis

- for a Candidate's Degree in Psychology. National University of Internal Affairs Ukraine. Kharkov. La Habana: Centro de Información y Documentación del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED).
- _____ (2003, octubre). Apoyo psicológico en desastres. *Gerencia de Desastres en Cuba Una compilación de Artículos contribuidas por el Centro de Información y Documentación del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED)*, 10-16. Oficina de Asistencia Humanitaria de La Comisión Europea CARDIN. Biblioteca de la University of The West Indies. Kingston, Jamaica, <http://wwwcardin.uwimona.edu.jm:1104>
- _____ (2005a). Rol de la psicoterapia integrada individual / grupal a un programa de rehabilitación para niños damnificados por desastres. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(3), Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- _____ (2005). Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina. *Memorias del III Congreso Nacional de Innovaciones en Psicología y Salud Mental*. Organizado por la Escuela de Psicología de la Universidad de Tunja, Estado de Boyacá-Colombia. Tunja-Colombia: Imprenta y Publicaciones UPTC.
- _____ (2006). Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres. Análisis de la experiencia en Cuba. *CUADERNOS DE CRISIS*, 7-37, <http://www.cuadernosdecrisis.com/num5vol2/Num5Vol2-2006.pdf>
- _____ (2009, octubre). Lecciones aprendidas en la organización de programas de ayuda e intervención psicológica para las situaciones de emergencias y desastres en Cuba. Colectivo de Autores. *Anuario "Salud y Desastres". Experiencia Cubana* (t. I). La Habana: Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED) y Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED). http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_tomo01/indice_p.htm
- _____ (2017, junio). Psicología en emergencias y desastres: realidades cambiantes y demandas por innovaciones científico- tecnológicas para su desarrollo en Latinoamérica. *Memorias ELECTRÓNICAS IV INTERNACIONAL Y IX NACIONAL Congreso de Innovaciones en Psicología y Salud Mental*. Organizado por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). Tunja, Boyacá, Colombia. Avalado por la Asociación de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI), Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela de Psicología. 34-45. ISSN 2248-8030.
- _____ y GUERRERO ANGELES, E. A. (2017). Afectaciones psicológicas en Personal de Primera Respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario? "Psychological Concerns In First Responders: Post Traumatic Stress Disorder Or Secondary Traumatic Stress?". *Revista Puertorriqueña de Psicología/ Puerto Rican Journal of Psychology*. 28(2), 330-343. <http://www.repsasppr.net/index.php/rep>, <http://www.asppr.net/>. ISSN 1946-2016. E-ISSN: 2331-6950.
- _____ y GÓMEZ MARTÍNEZ C., VENTURA VELÁZQUEZ, R. E., MESA RIDEL, G. (2012). Lineamientos para la salud mental en emergencias y desastres en Cuba. Bases metodológicas para la elaboración e implementación de la Indicación No. 20 del Ministro de Salud Pública de Cuba. 30 de septiembre del año 2008. Colectivo de Autores. *Anuario "Salud y Desastres". Experiencia Cubana*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED) y Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED). Tomo V. 2012, pp.: 15-24. ISBN 978-959-212-599-5. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_v/cap_01.pdf

- LORENZO RUIZ, A., GÓMEZ MARTÍNEZ C., SÁNCHEZ GIL, Y. y BALSEIRO ESTÉVEZ, J. (2012). Primeras experiencias del Programa de Mitigación del daño psicosocial en la población infanto-juvenil afectada por el terremoto en Haití. Colectivo de Autores. *Anuario "Salud y Desastres". Experiencia Cubana*, t. V, 41-49. La Habana: ECIMED y CLAMED. ISBN 978-959-212-599-5. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_v/cap_04.pdf
- LEONTIEV, A. N. (1981). *Actividad, conciencia, personalidad*. La Habana: Pueblo y Educación.
- _____ (1970). *El Hombre y la Cultura. Lecturas de Filosofía*. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, La Habana.
- LLANTÁ, M. C., GRAU, J., MASSIP, C. (2005). La Psicología de la Salud en la lucha contra el cáncer. E Hernández, J Grau (eds.). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*, 467-506. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- LEWIN, K. (1948). *Resolving social conflicts*. New York: Harper.
- LORENZO, R. (1996): El talento en la escuela primaria (Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas). Instituto Superior Enrique José Varona, La Habana.
- _____ y MARTÍNEZ, M. (2003): Estrategia para el desarrollo del talento, *Talento estrategias para su desarrollo* (coord. D. Castellanos). La Habana: Pueblo y Educación.
- MARCO, M. J. y RAMÍREZ, J. D. (1998, marzo). Discurso, diálogo y modos de identidad: un estudio de la identidad cultural andaluza en grupos de discusión. Ponencia al Encuentro Internacional Identidad y Subjetividad. La Habana.
- MARTENS, R. (1975). *Social Psychology and Physical Activity*. New York. Harper and Row.
- _____ (1987). Science, knowledge, and Sport psychology. *The Sport psychologist*, 1, 29 55.
- MARTIN-BARBERO, J. (1995). La comunicación plural. Paradojas y desafíos. *Nueva Sociedad*, 140, 60-69.
- _____ (2002). Jóvenes: comunicación e identidad. *Pensar Iberoamérica, Revista de Cultura*, 0.
- MARTÍN BARÓ, I. (1987). El reto popular a la psicología social en América Latina. *Boletín de Psicología*, VI(26), 251-270.
- _____ (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 1(22), 219-231. UCA Editores. Recuperado de <http://www.uca.edu.sv/deptos/psicolog/hacia.htm>
- MARTÍN L y GRAU J. (2004, enero-junio). La adherencia terapéutica como un problema de salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-100.
- MARTÍN, M., GRAU, J. y LECHUGA, M. (2005). Psicología de la Salud y dolor crónico. E Hernández, J. Grau (comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, 349-358). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- MARTÍNEZ HEREDIA, F. (1999). *En el horno de los noventa*. Buenos Aires: Barba Roja.
- MATURANA, H. (2007, octubre). Conferencia en el foro "Una sociedad que aprende para la equidad". Medellín.
- MEAD, M. (1935). *Sexo y Temperamento en tres sociedades primitivas*, Buenos Aires: Paidós, Surcos 32.
- MELO-CARRILLO A, VAN OUDENHOVE L y LÓPEZ-ÁVILA A. (2012). Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *Journal Affective Disorders*; 136(3): 1098-1103.
- MERÍN, J.; CANO, A., TOBAL, M. (1995): El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y estrés*, 1(2-3), 113-130.
- Mess, A. H. (1992). *Hipnodoncia. Hipnosis en Odontología*. Buenos Aires: Mundi.

- MIGUEL-TOBAL, J. J., CANO-VINDEL, A., IRUARRIZAGA, I., GONZÁLEZ, H., y GALEA, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 163-179.
- MINGUIJÓN, J.; PENACHO, A. M. y PAC, D. (2005). *Discapacidad y empleo*. Instituto Aragonés de Empleo. Departamento de Economía, Hacienda y Empleo Gobierno de Aragón.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD. CUBA. (2017). *Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2016*. La Habana: MINSAP.
- MONTANÉ, M. N, COBIÁN M. ALBERTO, IBARRA C, MARÍA CARIDAD (2001) Hipnosis Experimental, *Revista Brasileña de Hipnosis*, 22, Rio de Janeiro
- MONTERO, M. (1987). La Psicología política en América Latina. Una Revisión bibliográfica: 1956-1986. M. Montero. *Psicología Política Latinoamericana*. Caracas: Panapo.
- _____(coord.) (1987). *Psicología política latinoamericana*. Caracas: Panapo.
- MONTÓN CASAS, (2002). *Diccionario de Pedagogía y Psicología*, Cultural S. A., Madrid, España.
- MORALES CALATAYUD, F. (1998). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Científico-Técnica.
- MORENO-JIMÉNEZ, B., GARROSA, E. H. y GÁLVEZ, H. M. (2005). Personalidad positiva y salud. L Flórez, MM Botero, B Moreno (eds.). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 59-76). Bogotá: Kimpress, Ltda.
- MORÍN, E. (1989). La dificultad de definir una identidad europea. *Letra Internacional*, 89, 9-11.
- _____(1994). Epistemología de la Complejidad. Dora Fried Schnitman (comp.). *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Barcelona: Paidós.
- _____(1999). *Los siete saberes necesarios a la educación del futuro*. París: UNESCO.
- MUNNÉ, F. (1999). Constructivismo, construccionismo y complejidad: La debilidad de la crítica en la psicología construccionista. *Revista de Psicología Social*, 14, 2-3, 131-144.
- _____(2000). El self paradójico; la identidad como sustrato del self. D. Caballero, M. T. Méndez y J. Pastor (comp.). *La mirada psicosociológica; grupos, procesos, lenguajes y culturas*, 743-749. Madrid: Biblioteca Nueva.
- NGUYEN, H., DONESKY, D., REINKE, L., WOLPIN, S., CHYALL, L. y BENDITT, J. (2013). Internet-based dyspnea self-management support for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symp Manage*; 46(1): 43-55.
- NICHOLSON, L. (1992). La genealogía del género. *Revista digital Hiparquia*, V I. Disponible en <http://hiparquia.fahce.unlp.edu.ar/numeros/volv/la-genealogia-del-genero>
- NITSCH, J. (1989). *Anwendungsfelder in der Sportpsychologie*. Köln: Bps-Verlag. Reihe: Betrifft: Psychologie & Sport.
- Nuttin, J., Pierón, H., Buytendijk, F. (1965). *La Motivación*. La Habana: Proteo.
- OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN (ONEI) (2018). *El envejecimiento de la población de Cuba y sus territorios-2017*. La Habana: Centro de Estudios de Población y desarrollo (CEPDE).
- OFICINA NACIONAL DE NORMALIZACIÓN (2007). *Norma Cubana 3000. Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano. Vocabulario*. La Habana. Recuperado el 15 de junio de 2012, del sitio Web: www.nc.cubaindustria.cu
- _____(2007). *Norma Cubana 3001. Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano. Requisitos*. La Habana. Recuperado el 15 de junio de 2012, del sitio Web: www.nc.cubaindustria.cu
- _____(2007). *Norma Cubana 3002. Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano. Implementación*. La Habana. Recuperado el 15 de junio de 2012, del sitio Web: www.nc.cubaindustria.cu

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1948): *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.humanium.org/es/>.
- _____. (2008): *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org>.
- _____. (2015). *World Population Ageing*. New York: United Nations.
- _____. (2018). *División de Población de las Naciones Unidas: Panorama de la población mundial: revisión 2017*. Base de datos. New York: United Nations.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuestas y Terminología de la Organización Mundial de la Salud*, Ginebra. <http://www.insor.gov.co/> y <https://aspace.org/assets/>
- _____. (2012). *Chronic diseases*. Disponible en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/index.html. Recuperado en octubre, 2012.
- _____. (2015). *Informe Mundial de Envejecimiento y Salud*, capítulo 5: Sistemas de Cuidados a largo plazo. Organización Mundial de la Salud (OMS) Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=OCB7593BD119AE8E12A5D24F0A801782?sequence=1
- _____. (2017). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud (OMS) Disponible en <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie Manuales y Guías sobre Desastres. Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre*. Washington, D. C.
- _____. (2019). *¿Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019?* Washington, D. C.
- _____. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2017). *Data-Indicadores Básicos*. Disponible en <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>
- ORTIZ, J., RAMOS, N. y VERA-VILLARROEL, P. (2003, marzo). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicológica*; 10(1), 119-134.
- ÖZTÜRK, A., SIMSEK, T., YÜMIN, E., SERTEL, M. y YÜMIN, M. (2011). The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53: 278-283.
- PAINE, W. S. (ed.) (1990): *Job stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives*. Beverly Hill, C. A. Sage.
- PARTIDO COMUNISTA DE CUBA (2011). *Información sobre el resultado del debate de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución*. Tabloide oficial. La Habana.
- PÁVLOV, I. P. (1962). *Obras escogidas*. Buenos Aires: Quetzal.
- PEIRO, J. M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- PELÁEZ, M., PALLONI, A., ALFONSO, J. C., HAM-CHANDE, R., HENIS, A. et al. (2000). *SABE: encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000* [archivo electrónico]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud
- PELL DEL RÍO, S. M., LORENZO RUIZ, A., TORRES VALLE, A. (2017). Determinación de la percepción de riesgo de la población ante los productos químicos peligrosos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2). Disponible en <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/index> ISSN: 0864-3466.
- PÉREZ RUIZ, M. L. (1992). La identidad como objeto de estudio. L. I. Méndez (comp.). *I Seminario sobre identidad*, México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.

- PINEDA MARTÍN, C.; LÓPEZ LÓPEZ, W. (2010). Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarda la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia Psicológica*, 28(2), 155-160.
- PINILLOS, J. L. (1996). "La Psicología Científica y el fin de la Modernidad", Discurso pronunciado con motivo de su investidura como Doctor Honoris Causa en Psicología por la UNED. Recuperado de http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,25571231&_dad=portal&_schema=PORTAL
- PRUCHNO, R., WILSON-GENDERSON, M. y CARTWRIGHT, F. (2009). Depressive Symptoms and Marital Satisfaction in the Context of Chronic Disease: A Longitudinal Dyadic Analysis. *J of Family Psychology*; 23(4), 573-584.
- PUGA, M. D. Y ABELLÁN, A. (2004). *El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, Alcobendas, Madrid: Fundación Pfizer.
- QUIROGA, A. (2012). Intervención telefónica para promover la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con síntomas de ansiedad y depresión. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 17(2): 387-403.
- ROSA, A.; BELLELLI, G. Y BAKHUST, D. (eds.) (2000). Memoria colectiva e identidad nacional. Madrid: Biblioteca Nueva.
- RASCOVAN, S. (2010) *Las elecciones vocacionales de los jóvenes escolarizados. Proyectos, expectativas y obstáculos*. Argentina, Buenos Aires: Noveduc Libros.
- RASCOVAN, S. (2015) Las transformaciones conceptuales y operativas en orientación vocacional. Propuestas de intervención en el actual escenario social. Clase 6. *Curso Online: Perspectivas críticas de la orientación educativa en América Latina. Punto Seguido*. Disponible en <https://docplayer.es/14334126-Orientacion-vocacional-una-perspectiva-critica-rascovan-sergio-2005-buenos-aires-paidos.html>
- REESE, J., SOMERS, T., KEEFE, F., MOSLEY-WILLIAMS, A. y LUMLEY, M. (2010). Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: ¿is a distressed marriage preferable to no marriage? *Pain*, 11(10): 958-964.
- REICHER, S. D. (1993). On the Construction of Social Categories. B. González (ed.). *Psicología cultural*. Sevilla: Eudema.
- REICHER, S., HOPKINS, N., LEVINE, M., RATH, R. (2005). Movilizar el odio, movilizar la solidaridad: la identidad social como base para la comunicación de masas. *Revista Internacional de la Cruz Roja*. Disponible en <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/article/review/6qan2r.htm>
- REYES, M. C., GRAU, J. Y CHACÓN, M. (2009). *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. La Habana: ECIMED.
- RÍO, P. DEL (1998): De la discapacidad como problema a la discapacidad como solución: El largo camino recorrido por el pensamiento defectológico desde L. S. Vigotski. *Cultura y Educación*, 11-12, 35-57.
- RIQUELME MARÍN, A., MARTÍN CARBONELL, M., CARRILLO MEDA, J. E. y LÓPEZ NAVAS, A. (2010). Apoyo social en ancianos (cap. 7. A. Riquelme, J. M. Ortigosa, M. M. Carbonell (coords.). *Manual de Psicogerontología*, 145-161. Madrid: Académicas.
- RANGÉ, BERNARD (1995). *Psicoterapia Comportamental y Cognitiva*, Sao Paulo: Psy II.
- ROCA, M. (2013). *Psicología Clínica. Una mirada desde la Salud Humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- RODRÍGUEZ AROCHO, W. (2005, marzo). Ponencia presentada en el panel: Qué significa ser constructivista: aspectos filosóficos, psicológicos y pedagógicos. VI Encuentro Internacional y I Nacional de Educación y Pensamiento, Guadalajara, México.
- RODITI, D. y ROBINSON, M. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4: 41-49.

- ROGERS, C. (1961). *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- _____. (1980). *Libertad y creatividad en la educación*. Buenos Aires: Paidós.
- ROMERO, T., GRAU, J., CHACÓN, M., BARBAT, I., INFANTE, O., GRAU, R. y LENCE, J. (2011). Experiencias cubanas en el desarrollo de conductas protectoras con metodologías por etapas para el control del cáncer. *Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba, Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud. Experiencias cubanas*, 25-30. La Habana: OPS/SICC/ECIMED.
- SAENZ, L., CAMPOS, A., SALAS, J. M. (2001). *Desastres y salud mental. Una propuesta de evaluación e intervención en el ámbito comunitario*. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- SALAZAR, J. M. (1983). *Bases psicológicas del nacionalismo*. México: Trillas.
- SAMULSKI, D. (2007) Áreas de Atuação da Psicologia do Esporte. Coleção Psicologia do Esporte e do Exercício (vol.1), en Maria Regina Ferreira Brandão e Afonso Antonio Machado (eds.). *Teoria e Aplicação*. Brasil: Atheneu.
- SÁNCHEZ CANOVAS, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento, en G. Buelay V. Caballo (ed.). *Manual de psicología clínica y aplicada* (pp. 247-260). Madrid: Siglo XXI.
- SÁNCHEZ, M. F., y ÁLVAREZ, M. (2012). *Bases teórico-prácticas de la orientación profesional*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- SANTOS, P. J. (2013). Indecisividade: Definição, investigação e intervenção vocacional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 203-213.
- SARASON, I y SARASON, B. (1996). *Abnormal Psychology. The Problem of Maladaptive Behavior* (Eight Edition). New York: Ed. Prentice Hall.
- SCHALOCK, R. L. (1998). Hacia una nueva concepción de la discapacidad, en *Siglo Cero*, 30(1), 5-20, *Revista Iberoamericana de Educación Principal*. España.
- SEAMAN, J.; LEIVESLEY, CH. (1989): *Epidemiología de los Desastres Naturales*. México: Copyrights by Harla, S. A. de C. V.
- SELIGMAN, MARTÍN P. (1998). *Aprenda Optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. España: Grijalbo.
- SELIGMAN, MARTIN (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy, en Snyder, C. R. y Lopez, Shane J. (eds.) (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Reino Unido: Oxford University Press.
- _____, Linley, P. A., Joseph, S. y Boniwell, I. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *Psychologist*, 16(3): 126-127.
- SENDERS A, WAHBEH H, SPAIN R y SHINTO L. (2012). Mind-body medicine for multiple sclerosis: a systematic review. *Autoimmune Dis*, 20(12): 567-324.
- SELYE, H. (1936): A Syndrome Produced by Diverse Nocivous Agents, *Nature*, 138, 22-49.
- _____. (1978): *The Stress of Life* (original publicado en 1956). New York: Mc Graw-Hill.
- SHELDON, KENNON M. (2001). Why Positive Psychology is Necessary? *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- SOSA, A. M. (2015). El análisis de las oportunidades de acceso a la Educación Superior cubana. La accesibilidad, una cualidad necesaria (Tesis de Doctorado). Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de La Habana, La Habana.
- SOUZA, J. DE (2005). *El poder de las redes y las redes del poder. Paradigmas emergentes para transformar la morfología social de sociedades y organizaciones en el contexto del cambio de época*, 7. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/57211488/Elpoder-de-lasredesy-las-redes-del-poder-Jose-de-Souza-Silva#scribd>

- STELLEFSON M, DIPNARINE K y STOPKA C. (2013). The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis*, 10, 120-180.
- SZASZ, T. S. (1961) The myth of mental illness. *American Psychologist*, [s. n.].
- TAYLOR, S. E. y ASPINWALL, L. G. (1993). Coping with chronic illness. In L. Goldberger y S. Breznitz (eds.). *Handbook of stress; Theoretical and clinical aspects*, 2.^a ed., 511-531. New York: Free Press.
- TABLADA, C. y DIERCKXSENS, W. (2005). *Guerra global, resistencia mundial y alternativas*. La Habana: Editorial Nuestra América. Ruth Casa Editorial. Venezuela.
- TAJFEL, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- TORREGROSA, J. R. (1983). Sobre la identidad personal como identidad social, en J. R. Torregrosa y B. Sarabia (eds.). *Perspectivas y contextos de la psicología social*, 217-240, Barcelona: Hispano Europea.
- TOURAINÉ, A. (1997). *¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: el destino del hombre en la aldea global*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2006). *Un nuevo paradigma, para comprender el mundo de hoy*. Buenos Aires: Paidós.
- TAYLOR, SHELLEY E. (1995). *Health Psychology* (Third Edition). New York: MacGraw Hill. Internacional Editions.
- TEJUCA, GARCÍA Y GUTIÉRREZ (2014). Estudiantes de pre-universitario de La Habana que no optaron por carreras universitarias en los últimos dos cursos: motivos y caracterización sociodemográfica. Ponencia presentada en la sesión de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES). La Habana.
- TEJUCA, GUTIÉRREZ, HERNÁNDEZ Y GARCÍA (2016). Las políticas educativas y su impacto en la composición social de los estudiantes procedentes de preuniversitario que acceden a la educación superior. Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de investigadores sobre juventud. Centro de estudios sobre la juventud. La Habana.
- TÉLLEZ VARGAS, J. (1997). *Neurobiología de la Depresión. Revisiones Neuropsiquiátricas*, Bogotá.
- TENENBAUN, G. and BAR ELI, M. (1992) Methodological issues in sport psychology research. *Australian journal of science and medicine in sport*. *Canberra*, 24(2), 44-50.
- Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3)* (1998). Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales. Adaptación para Cuba de la 10.^a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10). Hospital Psiquiátrico de La Habana, La Habana.
- TEMOSHOCK, L. R. (2000). Complex coping patterns and their role in adaptation and neuroimmunomodulation. Theory, methodology and research. *Annals of the New York Academy of Sciences* 917: 446-455.
- TORRES, O. (1997). Propuesta psicopedagógica para el desarrollo del estudiante talentoso (Tesis presentada para la obtención del título académico de máster en Psicología Educativa). Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. La Habana.
- _____ (2003). Estrategias de atención diferenciada para la atención de los estudiantes superdotados y talentosos en el contexto escolar. *Talento estrategias para su desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- TORRES, B. (2006). *Hablemos sobre sexualidad*. La Habana: Científico-Técnica.
- _____ (2007). *La pareja de hoy y su sexualidad*. La Habana: José Martí, ediciones Liber.
- _____ (2008). *La sexualidad en la adolescencia. Amiga o enemiga*. La Habana: Científico-Técnica.
- _____ y ALFONSO, A. (2014). *Salud, malestares y problemas sexuales. textos y contextos*, vol. I. La Habana: CENESEX.

- UNESCO (1996). *Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana-UNESCO.
- VALDÉS, H. (2007). Fatos e Reflexões Sobre a História da Psicologia do Esporte. Em *Co-leção Psicologia do Esporte e do Exercício* (vol. 1). En Maria Regina Ferreira Brandão e Afonso Antonio Machado (eds.). *Teoria e Aplicação*. Brasil: Editora Atheneu.
- VALERO ÁLAMO, S. (2002): *Psicología en las Emergencias y los Desastres*. Perú: Editorial San Marcos.
- VATSIAIANA. (1988). *El Kamasutra*. Nueva Delhi: Lustre Press.
- VERDUGO, M. A. (1997). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Psicología.
- VYGOTSKI, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo.
- _____ (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico-Técnica.
- VENTURA, R. (2012). *Trastornos psicosociales en desastres. Temas para entrenamiento*. La Habana: ECIMED.
- VILLANUEVA, M. (2017): Estrategia de superación del docente de la Universidad de Ciencias informáticas para la atención educativa a los estudiantes potencialmente talentosos (Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas). Universidad Pedagógica Enrique José Varona, La Habana.
- VRIEZEKOLK, J., EIJSBOUTSM, A., VAN LANKVELD, W., BEENACKERS, H., GEENEN, R. y VAN DEN ENDE, C. (2013). An acceptance-oriented cognitive-behavioral therapy in multimodal rehabilitation: a pre-posttest evaluation in highly distressed patients with rheumatic diseases. *Patient Educ Counseling*, 91(3): 357-363.
- WALKER, S. N., KERR, M. J., PENDER, N. J. y SECHRIST, K. R. (1990). A spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5): 268-273.
- WALSH, F. (2000). *Strengthening Family Resilience*. SAGE. Disponible en: http://resilienceresearch.org/files/fwalsh_familyresilience_ppt_halifax_6-10.pdf
- WOODWORTH, R. S. (1964). *Experimental Psychology*. Holt, Rinehart and Winston Inc.
- WUNDT, W. (1920). *Erlebtes und Erkannt*. Stuttgart. Germany: Krohner.
- YNCERA HERNÁNDEZ, N. DE LA y LORENZO RUIZ, A. (2014). *Los desastres desde una mirada psicosocial. Representaciones sociales en trabajadores y amas de casa de La Coloma, Pinar del Río*, Editorial Académica Española OmniScriptum GmbH & Co. KG. ISBN: 978-3-659-08583-3. Ubicación online: <https://www.eae-publishing.com/system/covergenerator/build/20227>
- ZALDÍVAR, D. (2007). *El conocimiento y dominio del estrés*, 2.ª ed., La Habana: Científico-Técnica.
- _____ (2011). *Psicología, salud y bienestar*. La Habana: Ediciones Liber. La Habana Cuba.

Sobre las y los autores

MANUEL CALVIÑO VALDÉS-FAULY Coordinador, compilador y editor técnico del libro. Licenciado en Psicología; máster en Comunicación y en Marketing y Management; doctor en Ciencias psicológicas; profesor titular de la Facultad de Psicología, Universidad de La Habana; doctor Honoris Causa por las Universidades de Cajamarca y de Huánuco, Perú; comunicador social; director de las revistas *Alternativas cubanas en Psicología e Integración Académica en Psicología*; miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Psicología y de la Sociedad de Pedagogos de Cuba; miembro de la Unión de Escritores y Artistas de Cuba; asesor Corporativo de Meliá Hotels International. Entre sus publicaciones se destacan: *Orientación Psicológica; Actos de comunicación; Psicología y Comunicación... y los dinosaurios se echaron a volar; Haciendo Psicología en sus laberintos; Vale la Pena. Escritos con Psicología; Cambiando la mentalidad... Empezando por los jefes* (Gran Premio del lector). Escribe y conduce el programa de televisión *Vale la pena* en Cubavisión.

ANNIA ALMEYDA Licenciada en Psicología; máster en Psicología Educativa; doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora Auxiliar; vicedecana docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; jefa de la Disciplina Metodología de la Investigación en Psicología; coordinadora de la Maestría en Psicología Educativa y de la línea de investigación "Formación y Desarrollo Profesional". Responsable de Comunicación y Relaciones Públicas de la Sociedad Cubana de Psicología.

REINERIO ARCE VALENTÍN Licenciado en Psicología; doctor en Teología y en Ciencias Filosóficas; doctor Honoris Causa del Knox College de la Escuela de Teología de la Universidad de Toronto y de la Escuela de Teología de la Universidad de Montreal; profesor titular de la Facultad de Psicología y del Seminario Evangélico de Teología de Matanzas; director del Instituto Superior Ecuménico de Ciencias de las Religiones.

PATRICIA ARÉS MUZIO Licenciada en Psicología; doctora en Ciencias Psicológicas; profesora titular; expresidenta de la Sociedad Cubana de Psicología y jefa de la sección de Familia; comunicadora social. Entre sus publicaciones se destacan: *Mi familia es así; Abriendo las puertas a la Familia del 2000; Virilidad; ¿Conocemos el costo de ser hombre?; Psicología de la Familia. Una aproximación a su estudio; Familia y Convivencia; La familia: una mirada desde la Psicología.*

**ADALBERTO
ÁVILA
VIDAL** Licenciado en Psicología; doctor en Ciencias Psicológicas; máster en Psicología Laboral y de las Organizaciones; profesor titular; decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; presidente del Proyecto PSIGEDO de la Sociedad Cubana de Psicología. Entre sus publicaciones se destaca *Diagnóstico Organizacional*.

**JULIO
CÉSAR
CASALES** Licenciado en Psicología; doctor en Ciencias Psicológicas; profesor titular del Departamento de Ejercicio de la Profesión; jefe de la disciplina de Psicología Social; dirige el Programa de Investigaciones acerca de los Determinantes de la Eficacia Directiva y del Ejercicio del Liderazgo de la Facultad de Psicología; presidente de la Sección de Estudios sobre Liderazgo y Procesos Directivos de la Sociedad Cubana de Psicología; ex-miembro del Grupo Consultor para la Formación Gerencial del Ministerio de Educación Superior de Cuba.

**ALBERTO E.
COBIÁN
MENA** Licenciado en Psicología; máster en Medicina Natural y Tradicional; doctor en Ciencias de la Salud; profesor titular y emérito de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; presidente de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud; presidente fundador de la Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica; jefe del Departamento de Psicología Médica, de la Facultad no.1, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Entre sus publicaciones se destacan: *Yo sí creo en la Hipnosis, Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas*.

**CAROLINA
LUZ DE LA
TORRE
MOLINA** Licenciada en Psicología; doctora en Ciencias Psicológicas; profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Investigadora titular del Centro de Investigaciones de la Cultura Cubana "Juan Marinello"; expresidenta de la Sociedad Cubana de Psicología. Miembro de la Unión de Escritores y Artistas de Cuba; expresidenta, miembro de Honor y asesora de la Sociedad de Psicólogos de Cuba. Entre sus publicaciones se destacan: *Temas Actuales de Historia de la Psicología; Psicología Latinamericana: Entre la Dependencia y la Identidad; Las identidades: una mirada desde la psicología* (Premio Nacional de la Crítica y Premio Catauro).

**NESTOR
DEL PRADO
ARZA** Licenciado en Matemáticas, en la especialidad de Análisis Numérico y Computación; diplomado en Gestión Empresarial; profesor Auxiliar de la Universidad de La Habana; profesor y directivo en la Escuela Vocacional "V.I. Lenin"; director del Sello Editorial Academia de la Empresa de Gestión del Conocimiento y la Tecnología (GECYT). Líder técnico de los eventos internacionales Ibergecyt y Tecnogest. Articulista de Cubadebate. Posee la Distinción Nacional Félix Elmuza.

**AURORA
CRISTINA
GARCÍA
MOREY** Licenciada en Psicología; doctora en Ciencias Psicológicas; profesora titular-consultante de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; especialista en Psicoterapia Infantil, psicoterapeuta. Entre sus publicaciones se destacan: *Psicología Clínica Infantil y de la adolescencia; Evaluación y Diagnóstico*, así como de las Multimedia interactivas: *¿Que nos dicen los dibujos?* y *Psicoterapia Infantil*.

JORGE AMADO GRAU ABALO	Licenciado en Psicología; doctor en Ciencias Psicológicas; diplomado en Cuidados Paliativos; investigador titular en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; profesor titular y consultante de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; jefe del Grupo Nacional de Psicología y coordinador del Grupo de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública de Cuba; presidente Fundador y vicepresidente actual de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA). Entre sus publicaciones se destacan: <i>Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones</i> ; <i>Dolor y sufrimiento al final de la vida</i> ; <i>Cuidados paliativos a pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas</i> ; <i>Prevención y control del estrés laboral y el desgaste: guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados</i> ; <i>Perder, sufrir y seguir: el proceso de duelo</i> ; <i>Reflexiones nocturnas de un paliativista: historias al final de la vida</i> ; <i>Vivir con una enfermedad crónica</i> y <i>Comunicación en salud</i> .
ALEXIS LORENZO RUIZ	Licenciado en Psicología; doctor en Ciencias psicológicas; jefe de la disciplina Psicología Clínica y de la Salud; profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; presidente de la Sociedad Cubana de Psicología y del Tribunal Nacional de Grado Científico en Psicología; miembro de la Comisión Nacional Carrera Psicología; miembro fundador de la Red Latinoamericana de Psicología en Emergencias y Desastres y representante de Cuba.
ARIANNE MEDINA MACÍAS	Licenciada en Psicología; máster en Psicología Laboral y de las Organizaciones; doctora en Ciencias Psicológicas; profesora pitular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; presidenta de la Comisión Nacional de la Carrera Psicología; jefa de la disciplina Prácticas Preprofesionales y del Colectivo de Carrera de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.
RAQUEL PÉREZ DÍAZ	Licenciada en Psicología; máster en Psicología Clínica, en Longevidad Satisfactoria y en Medicina Natural y Tradicional; psicóloga de la Salud; especialista en Psicogerontología; profesora e investigadora auxiliar del Centro de Investigaciones sobre longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).
MIGUEL ÁNGEL ROCA PERERA	Licenciado en Psicología; doctor en Ciencias Psicológicas; exvicedecano docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; excoordinador de la Maestría en Psicología Clínica; vicepresidente del Tribunal Nacional de Grados científicos en Ciencias Psicológicas. Entre sus publicaciones se destacan: <i>Los jóvenes preguntan... sobre la pareja</i> , <i>Psicología Clínica. Una mirada desde la salud humana</i> , <i>Hablemos de Divorcio... y entendámonos</i> , <i>Psicoterapia en niños y adolescentes. Una mirada general</i> .
BEATRIZ TORRES	Licenciada en Psicología; diplomado de psicodrama y en Sexología; máster en Pedagogía de la Sexualidad y en Sexualidad; doctora en Ciencias Psicológicas; profesora titular adjunto de la Universidad de La Habana; profesora titular del Instituto de Ciencias Médicas; investigadora titular; presidenta de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de

la Sexualidad (SOCUMES); comunicadora social. Escribe y conduce el espacio televisivo *Hablemos de sexualidad* en el Canal Habana.

**OMAR
TORRES
RODRÍGUEZ**

Licenciado en Pedagogía-Psicología; máster en Psicología Educativa y en Ciencias de la Educación; doctor en Ciencias pedagógicas; profesor Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; presidente de la Cátedra de Estudios sobre Discapacidad de la Universidad de La Habana y de la Sección de Psicología y Necesidades Especiales de la Sociedad Cubana de Psicología; jefe de la disciplina Psicología Educativa y profesor principal de la asignatura Psicología Especial, Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.

**FRANCISCO
UCHA**

Licenciado en Psicología; doctor en Ciencias Psicológicas; profesor titular de la Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte de Cuba; investigador titular de la Academia de Ciencias de Cuba; socio honorario de la Sociedad Interamericana de Psicología del Deporte; editor asociado de la RIPED y de la Revista SIPD; vicepresidente de International Sport Trainers Association; profesor de la Maestría de Psicología del Deporte de la UCCFD, de la Universidad Central de Ecuador y de la Universidad Central de Chile; miembro de la Junta Nacional e Internacional de Acreditación del Ministerio de Educación Superior de Cuba.

**NORMA
VASALLO**

Licenciada en Psicología y en Ciencias Sociales; máster en Estudios Sociales Aplicados; doctora en Ciencias Psicológicas; profesora titular y consultante de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; fundadora y presidenta de la Cátedra de la Mujer, Universidad de La Habana; miembro de la Unión de Escritores y Artista de Cuba.

**DIONISIO
F. ZALDÍVAR
PÉREZ**

Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias psicológicas; profesor titular y Emérito de la Universidad de La Habana; vicepresidente de la Sección de Psicología Clínica y de la salud de la Sociedad Cubana de Psicología. Coordinador de la Maestría de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología; vicepresidente Comisión de Grado Científico Psicología. Entre sus publicaciones se destacan: *El Conocimiento y Dominio del estrés*, *Intervención Psicoterapéutica*, *Práctica de la Psicoterapia*.

Esta edición de
Descubriendo la Psicología 2,
de Manuel Calviño (coordinador),
se terminó en 2019