



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO
PLANTEL LOMAS VERDES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE REPARENTALIZACIÓN A
MEXICANA QUE PRESENTAN DEPRESIÓN**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FUENTES PONCE, ADRIANA

ASESOR: BUENFIL LÓPEZ, RENÉ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

88/325 /
2ej



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
PLANTE LOMOS VERDES

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

NUMERO DE INCORPORACION 8813 - 25

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE REPARTEALIZACION
A MEXICANA QUE PRESENTAN DEPRESION

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

ADRIANA FUENTES PONCE

DIRECTOR DE LA TESIS

LIC CRISTINA ALVARADO DE LA TEJERA

ASESOR DE LA TESIS

LIC MARTIN RENE BUENFIL LOPEZ

NAUCALPAN EDO DE MEXICO 1989

271403

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Efectividad del tratamiento de reparentalización a mexicanas que presentan depresión.

Adriana Fuentes Ponce

**Porque nunca podrá equipararse
cualquier obsequio, al lado de
haberme otorgado la oportunidad
de navegar en la vida misma.**

Gracias mamá y papá.

Gabriel:

**Por lo que me has enseñado,
por cuanto hemos compartido
ésto es tan solo el final de un
escalón de lo que nos queda
por recorrer.**

Efectividad del tratamiento de reparentalización a mexicanas que presentan depresión

CAPITULARIO

Capítulo I

Depresión	
Antecedentes y hasta nuestros días	1
Definición de depresión	11
Causas de la Depresión	12
Cultura y Depresión	16
Características de la depresión	22
Clasificación	32
Angustia, Ansiedad y Miedo/ diferente a Depresión	40
Manía	49
Modelos psicológicos de depresión	52
Teoría de la Indefensión	56
Depresión de acuerdo al M.M.P.I.	67
Escala de Hamilton	77
Diagnóstico diferencial	84
Tratamiento	91

Capítulo II

La mujer en la cultura mexicana	
Condición histórica de la mujer	102
Educación y Cultura	110
Trabajo	117
Religión	127
Cautiverios	129
Roles	136

Capítulo III

Psicología Realista

Principios Fundamentales	147
Valor y Contravalor	149
Bases Filosóficas para jerarquizar Valores	153
Nueve Valores Universales	165
Principios Fundamentales de la Psicología Realista	174
Herramientas o Instrumentos de Desarrollo	181
Modelos de Psicoterapia	183
Características de la Psicología Realista	187
Reduccionismos	193
Terapeuta Realista	203

Capítulo IV	
Metodología	
Tipo de Diseño	208
Sujetos	211
Hipótesis	212
Variabíes	212
Procedimiento Metodológico	212
Procedimiento Terapéutico	214
Resultados	218
Conclusiones	223
Apéndice	

INTRODUCCION

Al abordar el tema de depresión resulta por demás interesante. A pesar de ser una palabra utilizada tanto por especialistas de la salud y por cualesquier ser humano, cierto es que no es un concepto que sea definido, entendido y utilizado en forma homogénea, por el contrario para algunos significará un agravante o bien para otro un estado de ánimo, para otros más una tendencia de personalidad.

Por todo lo anterior, en el capítulo I se pretende enmarcar el contexto de la depresión: orígenes, diferencias entre padecimientos que pudiesen confundirse o bien se encuentren asociados con la depresión. Se comenta también el como puede ser medida y los tratamientos utilizados.

Este trabajo pretende vincular la depresión con el contexto sociocultural de la mujer mexicana, es decir internarse en la causa inminente que de acuerdo al ámbito donde se desarrolla en algunas ocasiones origina depresión. Es el capítulo II donde podrá encontrarse opiniones de diversos autores mediante la cual se puede notar esta premisa.

La psicología nació a partir de la filosofía y por no ser una ciencia exacta, a lo largo de su existencia han surgido varias corrientes que pretenden explicar el comportamiento humano, y es así como están las tres grandes vertientes Psiconalítica, Conductista y Humanista

Surge en México un psicólogo que propone una opción para abordar la depresión en mujeres mexicanas, que denomina como Psicología Realista, de acuerdo con sus propias experiencias en su trayectoria

profesional. En el capítulo III se explica que se pretende en la Psicología Realista, como interviene el terapeuta con el paciente.

Una vez citado el fundamento teórico respecto al motivo de la presente investigación, se delimitará la población a la cual se enfocará, marcando el planteamiento y proceso terapéutico mediante el cual será tratado.

Es el capítulo IV quien nos enmarcará el trabajo metodológico donde se pretende establecer la eficiencia del tratamiento de reparentalización en mujeres mexicanas, como una herramienta para tratar la depresión.

El grupo de sujetos serán mujeres mexicanas entre 35 y 40 años, casadas, con dos hijos, profesionistas y dedicadas al hogar.

Se hará un pretest y postest que medirá la diferencia entre antes de iniciar el tratamiento y después de llevarlo a cabo. Para determinar el grado de depresión se utilizarán: el MMPI así como la escala de Hamilton

Después de un seguimiento del tratamiento por espacio de un año se pretende exponer la posibilidad de otra forma de abordar la depresión.

Resaltar tratamientos que se han llevado a cabo en México con psicólogos mexicanos es el mayor interés al realizar este estudio, debemos conocer respecto a los avances que existen en nuestro propio país ya que son diseñados para nuestra población, sin necesidad de hacer adaptaciones, pues es precisamente para el modelo de mujer mexicana que este tratamiento podría utilizarse.

CAPITULO I

DEPRESIÓN

Antecedentes y hasta nuestros días

Lo que hoy conocemos como enfermedad depresiva inicia su formulación conceptual, con Hipócrates, quien viviera del año 460 al 370 a.C.

Actualmente se concluye que el punto de vista hipocrático sobre la depresión no es específico, por el contrario, abarca una concepción muy amplia, casi nosológica, con respecto de las enfermedades mentales. Hipócrates aísla tres formas fundamentales de la locura: la melancolía, la frenitis y la manía.

De acuerdo a esta división de locura, la melancolía se caracteriza, por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Como se observa, Hipócrates subraya la sintomatología específicamente de manera somática Sin embargo sugiere que tanto el miedo como la tristeza, sean o no depresivos, cuando se prolongan mucho tiempo pueden transformarse en melancolía.

Galeno de Pérgamo apenas habla de la melancolía, al menos en el sentido psicopatológico que posteriormente llegó a adquirir. Para Galeno la discusión hay que establecerla en torno a si la melancolía es apenas un síntoma o más bien un estado fisiológico.

Muchas de las afirmaciones que en relación con la melancolía se atribuyen a Galeno proceden de un error ya que existió confusión respecto a las afirmaciones de Galeno de Pérgamo procedentes del escrito pseudogalénico *On Medical Definitions*.

El término melancolía palabra derivada del griego melas, negro y chole, bilis, se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad. Al menos éste es el significado que se desprende del análisis del contexto en que lo empleó Cicerón. Inicialmente, no designó una relación causal entre la bilis negra, lo que determinó como causa y la depresión a quien nombró efecto. De acuerdo a este autor, los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía como vómito de bilis negra, tampoco se aproximan a la psicopatología de las depresiones, tal y como hoy la conocemos, y mucho menos llegan a implicar una matización de tipo etiológico sobre la depresión. Estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia; en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir; suspicacias ante la idea de que se ha decidido un cierto complot contra el paciente, llanto y quejas sin sentido, etc.

Por otra parte, la manía y la melancolía no surgen como dos alteraciones clínicamente contrapuestas que puedan estar relacionadas entre sí. la melancolía es una forma más de locura, de manía entendida ésta como insania general

Hipócrates y más tarde Areteus fueron los que establecieron una cierta conexión psicopatológica entre melancolía y manía, pero la formalización de esta conexión no se encuentra en la clínica hasta la obra de Bonetus, en el siglo XVII.

En 1679, Bonetus se refiere en una de sus primeras obras a la manía y a la melancolía años más tarde en otra publicación en 1686 asentaría definitivamente la relación y la significación etiopatogénica

existente entre la melancolía y la manía. Bonetus empleó el término maniacomelancholicus, término equivalente al usado hoy de maniacodepresivo.

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedia. Sin embargo a pesar de que el uso de este término se extiende alrededor de más de diez siglos, su significado no es constante. En este largo periodo pueden distinguirse, desde esta perspectiva, dos diferentes etapas: una, que se prolonga hasta el siglo XII y otra desde este siglo en adelante.

En la primera etapa, muy vinculada al pensamiento de la Alta Edad Media, la acedia se va a configurar, siguiendo la tradicional denominación, como un vicio capital más. Hay que esperar hasta el siglo XII si exceptuamos las aportaciones de san Gregorio Magno, para asistir a la configuración de la acedia como otra cosa, como un desorden de la vida emocional dentro del marco teórico de las pasiones, introducido por santo Tomás. Gracias a la escolástica, la acedia va a inscribirse en el ámbito de los desequilibrios humorales, a través del cual se establece la conexión con el pensamiento médico. En síntesis puede afirmarse que durante la Alta Edad Media la significación de la acedia se restringe al recortado ámbito de la teología moral; con santo Tomás se psicologiza y a partir de él se medicaliza.

En realidad, dicho término se usó en este periodo para designar también la melancolía, pero un especial tipo de estado melancólico en el que la tristeza, la pena y el abatimiento no constituían sus principales contenidos, sino más bien la pereza y la holgazanería. Al comienzo, la

acedia estuvo muy vinculada al pecado de pereza. Más tarde, su significación designa también una especial lasitud, un cierto desaliento y descuido, asociándose con la tristeza y apuntando especialmente a los estado de desesperanza.

Durante este periodo inicial, la acedia es tipificada como un estado del alma, cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la soledad de sus respectivas celdas.

Casiano describe este sextocombate de la luchas ascética al exponerlo a sus monjes. la acedia produce desgana, apatía, estar a disgusto en la celda, dificultades para respirar y pereza y flodedad para aomerter los trabajos propios de la clausura y de la vida recoleta. el monje comienza a pensar que jamás se sentirá bien ahsta que no abandone el monasterio; el descanso se hace imposible, mientras el tiempo pasa lenta y pesadamente. Desaparece la paz que tradicionalmente acompañaba, como una de sus principales características, a la vida contemplativa. Mientras las añoranzas por la compañía y del descanso que ofrecen las diversiones y actividades mundanas.

Durante la etapa tardía de la Edad Media la acedia no es ya un fenómeno que incida únicamente sobre los clérigos, sino que se extiende también a los laicos. En cualquier caso, la tristeza ha desaparecido del catálogo de pecados, a la vez que la acedia va distanciándose del concepto de tristeza.

En ese punto hago notar el tradicional concepto galénico de la melancolía, cuyo perfil psicopatológico está caracterizado por tristeza, temor, actiues misantrópicas y suspicaces,cansancio de la vida y, a mednud,

aunque no siempre, por la aparición de ideas delirantes. Aunque acedia y melancolía no se superpongan ni identifiquen en este contexto histórico, ambos conceptos, sin embargo, comienzan a hacerse convergentes. En particular, lo que diferencia a la melancolía de la acedia es la aparición o no de ideas delirantes. Sin embargo, la pena, el desaliento y la desesperanza, que tradicionalmente caracterizaban a la acedia, son ahora síntomas que se transfieren al concepto de melancolía y en él quedan subsumidos.

Durante los siglos XV y XVI la melancolía sustituye a la acedia; la sintomatología que en el pasado caracterizaba a la acedia se metamorfosea y adquiere una nueva titularidad bajo el concepto de melancolía. La pereza, el torpor, la indolencia, son ahora de nuevo sustituidos por la pena, el desaliento y la desesperación que constituyen los principales signos sobre los que se asentará el concepto de melancolía.

En el transcurso de los dos siglos siguientes, el concepto de acedia casi se volatiliza; en su lugar adquiere un uso progresivamente mayor el término melancolía. A lo largo de este proceso conceptual la melancolía queda adscrita al fin a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedia y con el contexto religioso en que ésta surgió. (1)

Históricamente siempre ha habido una dualidad explicativa. Las escuelas organicistas intentaron explicar el trastorno a partir de errores, insuficiencias o intoxicaciones de tipo material. Hay corrientes que han intentado comprender la depresión como una disfunción cuyo origen está más allá de lo puramente orgánico.

Fue en la época de la revolución francesa y de la renovación del espíritu humanístico y con la idea acuñada por Pinel de romper las cadenas de los alienados, cuando la medicina empezó a mostrar un interés más acusado por las enfermedades mentales, entre ellas la depresión.

Durante el siglo XIX persistieron las interpretaciones organicistas en un afán de identificar y tratar las enfermedades mentales como cualquier otra enfermedad; a esta época debemos un gran trabajo descriptivo y fenomenológico que permitió clasificar y homogeneizar los trastornos psíquicos en grupos de pacientes que sufrían síntomas iguales o muy parecidos. Muchas de aquellas descripciones siguen siendo hoy perfectamente válidas. (2)

Las viejas hipótesis hipocráticas sobre los diversos humores y su relación con las enfermedades condicionaron, en cierto modo, la primera clasificación psiquiátrica introducida por Kraepelin ya iniciado el siglo XX.

Al comienzo las alteraciones afectivas se aglutinan en lo que Kraepelin en 1921 denominó locura maniaco-depresiva. Poco después Falret describió la folie circulaire, concepto que suponía un paso más en el estudio de la entidad conocida hasta entonces con el término melancolía (3)

A principios de nuestro siglo, la teoría del inconsciente propugnada por Sigmundo Freud hizo tambalear muchas conceptualizaciones preexistentes y entendió la enfermedad mental como un proceso dinámico e individualizado.

Desde principios de siglo hasta nuestros días la expectativa de vida ha aumentado de 49 años a más de 70 años, con lo que ha cobrado especial interés en como vivir y no en el número de años que se viva.

El como se vive ha adquirido una importancia capital buscando así la identificación y resolución de los trastornos depresivos, ya que no existe nada peor que seguir viviendo cuando no se desea vivir, cuando no se experimenta ilusión, placer, entusiasmo, interés... En suma, cuando se siente la incapacidad de ser feliz. (4)

Para Kurt Shneider en 1967, la tristeza inmotivada y vital era la cuestión medular de la depresión melancólica, de la que serían derivados otros síntomas, como las alteraciones del pensamiento, la inhibición psicomotora y otros muchos desajustes vegetativos. Para el autor citado, la aparición de la tristeza depresiva se caracteriza por su incomprendibilidad, tanto para el paciente como para el clínico.

La tristeza que surge en ciertos tipos de depresión es desde luego incomprensible, y no tiene relación alguna con ningún motivo concreto. Pero no siempre ocurre así respecto de su incomprensibilidad, ni es absolutamente constante su aparición.

La incomprensibilidad o no de esa tristeza es sólo un criterio parcialmente útil y sólo valedero en algunos casos. En otros muchos, resulta muy difícil distinguir entre tristeza motivada e inmotivada y entonces, la apelación a la comprensibilidad, como aspecto criterial deviene un constructo metapsicológico que apenas sirve para resolver la indistinción.

Por otro lado, las alteraciones del pensamiento son muy variadas yendo desde la inhibición y la lentificación a la perseveración obsesiva, el empobrecimiento, la rigidez y/o los cuadros delirantes de culpa, ruina, hipocondríaco y paranoíco. Pero no siempre acompañan estas alteraciones a la tristeza.

Algo parecido acontece con la inhibición psicomotora, uno de los síntomas que constituyen la propuesta hecha por K Schneider. Es cierto que puede observarse en muchos enfermos deprimidos, pero es igualmente cierto que otras veces la depresión toma el camino de la exaltación motora llamadas depresiones agitadas y/o ansiosas. (5)

No hay duda de que la depresión, sobre todo en sus formas más severas, se presenta mucho más a menudo en las mujeres que en los hombres. Las estadísticas reunidas en diferentes partes del mundo confirman esta marcada diferencia.

Weissman y Klerman en 1977, contemplaron la posibilidad de que el predominio de mujeres depresivas reflejado en las estadísticas fuera un artificio. Tuvieron en cuenta que las mujeres son más propensas que los hombres a percibir y reconocer los problemas depresivos, así como a recurrir al tratamiento, lo cual podría explicar las diferencias halladas entre ambos sexos. Sin embargo, al revisar los datos de la bibliografía pertinente, pudieron descartar aquella posibilidad, llegando a la conclusión de que el predominio de las mujeres depresivas es real y no fruto de un artificio. Weissman y Klerman reafirmaron además la posible existencia de un factor genético en la etiología de la depresión.

Los mismos autores investigaron también si la desventajosa condición social de la mujer ha tenido consecuencias psicológicas conducentes a la depresión. Propusieron dos hipótesis principales. La primera, que denominaron "hipótesis de la condición social", se refiere a las discriminaciones contra las mujeres. Las discriminaciones y desigualdades sociales determinarían una situación de indefensión legal y económica,

dependencia de los otros y deterioro de las aspiraciones y la autoestima, que con el tiempo culmina en una depresión clínica. De acuerdo con la segunda hipótesis, que llamaron "de la indefensión adquirida", "las imágenes estereotípicas socialmente condicionadas generan en la mujer un conjunto de ideas que se oponen a su autoafirmación, valores de la feminidad aparecen entonces como una variante de la indefensión adquirida característica de la depresión.

Weissman y Klerman se ocuparon asimismo del matrimonio en relación con la depresión. Mencionan particularmente a Gove en sus estudios de 1972-1973 donde llegaron a la conclusión de que el matrimonio tiene un efecto protector en los hombres y perjudicial en las mujeres. La tasa relativa de enfermedad mental es inferior en las mujeres solteras, divorciadas y viudas que en los hombres del mismo estado civil; sólo en las mujeres casadas la frecuencia es mayor que en los hombres casados.

De acuerdo a los conceptos que prevalecen en la psiquiatría moderna, los desórdenes psiquiátricos reconocen múltiples factores determinantes. En consecuencia, la adopción o evitación de determinados patrones patógenos dependerá de la presencia o la ausencia de factores socioculturales, las mujeres son más propensas que los hombres a adoptar la mayor parte de los patrones psicodinámicos predisponentes a la depresión.(6)

Así pues la depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está inmóvil, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo y experimenta una

sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza; le resulta por demás difícil tomar decisiones que comúnmente fuesen triviales, así como también realizar actividades que formaran parte de su cotidianidad, inicia a preocuparse en forma exagerada por problemas personales, sin encontrarles solución posible. Algunos individuos se tornan quejumbosos y desconfiados. (7)

Según MacKinnon, cuando el síndrome depresivo es temprano o moderado, el paciente tratará de aliviar sus sufrimientos, para ésto solicitará ayuda o tratará de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. Conforme la depresión se hace más crónica o más grave, el paciente renuncia y su percepción es que los demás no quieren o no pueden ayudarle, y que las cosas nunca más mejorarán. Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderadas. Las tendencias autodestructoras o masoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida. (8)

Aún cuando el número de personas que sufre este padecimiento es extremadamente elevado, sorprende saber que son muy pocas las que piden ayuda profesional, la presión sociocultural y la educación recibida llevan al individuo a esta determinación

Hay casos en que el paciente no identifica su padecimiento y, sin darse cuenta, permite que el trastorno se oculte tras malestares orgánicos

como dolores de cabeza, problemas digestivos o secuelas de una intervención quirúrgica. (9)

"La depresión constituye la mayor fuente de infortunios y sufrimientos para el género humano. Su frecuencia es muy alta, como queda demostrado por la cifra de 4,1 por ciento que corresponde a los afectados por algún tipo de depresión dentro de la población mundial. El riesgo de caer en estados depresivos es del 3 al 12 por ciento en el caso de los hombres, índice que es del 20 al 26 por ciento para las mujeres. El riesgo aumenta en aquellas personas que tienen un pariente consanguíneo con diagnóstico de depresión, enfermedad bipolar o alcoholismo" (10)

Definición

1.-"La depresión es una evidente alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar los afectos" (11)

2.- "La depresión es el resultado del aprendizaje del individuo al asumir que sus fracasos se deben a acontecimientos incontrolables " (12)

3.- Es un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que, puede ser normal o patológico. La palabra depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y bajeza" (13)

4.- Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibiciones del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presenta en

diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniacodepresiva" (14)

5.-Depresión es el conjunto de manifestaciones ideativas, de conducta y afectivas caracterizadas principalmente por la disminución de la autoestima y la aparición de la angustia y sus diferentes expresionesomáticas (corporales o físicas). (15)

Causas de la Depresión

Puede decirse que la depresión es la causa más frecuente de toda conducta suicida: según algunos autores más del 80% de los suicidios o intentos de suicidio obedecen a una conducta depresiva. Al conocer la causa es menos problemático quitar el efecto no deseado.

Una de las causas más frecuentes es precisamente la biomédica. Estudios efectuados en varios países europeos han dado como resultado una incidencia mayor de un trastorno afectivo en los familiares de la persona que lo padece, viéndose siempre más afectadas las mujeres que los hombres. Estudios que apoyan la existencia de factores genéticos, es el realizado entre gemelos monocigóticos., ya que la sufren en un 90%. Kallman revisó los casos de noventa y seis familias e las que había hermanastros y descubrió que, en cuanto a la enfermedad maniaco-depresiva, en los hermanos carnales había un riesgo de contraerla entre el 23% y el 24% mientras que en los hermanastros se reducía al 13 o 17% Así pues se concluye que existe un factor genético en los trastornos afectivos, lo que no implica que desconozca a otros factores.

Gracias a investigaciones de familiares depresivos se ha determinado que existe una transmisión dominante ligada al cromosoma X. Una transmisión así, conlleva la aparición de la depresión en más mujeres que en hombres, y supone que las madres pueden transmitir esta enfermedad tanto a los hijos como a las hijas. Si partimos de que ésto es cierto, sería una explicación del porqué hay más mujeres deprimidas que hombres. "Los cromosomas X y Y son los que determinan el sexo: las mujeres tienen dos cromosomas X y los hombres tienen un cromosoma X y uno Y. Si el rasgo de depresión es dominante, entonces la mujer tiene más posibilidades de ser deprimida. Aunque si esto fuera válido el padre deprimido sólo podría transmitir su enfermedad a la hija."

Las observaciones hechas a pacientes con depresión simple, denotan claramente que los familiares de pacientes depresivos tienen más probabilidades de sufrir esta enfermedad que la población en general. Las investigaciones mencionadas anteriormente arrojan la hipótesis de que lo que se hereda es más bien la gravedad de los trastornos afectivos. (16)

Gracias a las investigaciones que se han efectuado, puede mencionarse más allá de una simple posibilidad la existencia de varios genes implicados en un mecanismo de transmisión hereditaria, así pues se piensa en una transmisión poligénica. (17)

La primera hipótesis bioquímica de los trastornos afectivos surgió en 1965 cuando Schilkraut postuló la hipótesis aminérgica de los estados afectivos. Ahora se sabe que los neurotransmisores aminérgicos participan en mecanismos periféricos de respuesta al estrés agudo, a las reacciones instintivas a la agresión, a las conductas de lucha y fuga, como así también

al estado de estrés crónico y a las respuestas a diferentes estados emocionales.(18)

Otra causa de las depresiones se le imputa a la amina, que es un compuesto orgánico que posee nitrógeno. Se le conoce como biógena cuando es el resultado de una biosíntesis que participa en una función nerviosa. La monoamina comprende a varios neurotransmisores diferentes; los que resultan más nombrados son la noradrenalina, indolamina serotonina, la dopamina y la función alterada de la acetilcolina, todos estos son liberados en las terminaciones nerviosas por descargas neuronales que estimulan la descarga de otras neuronas cuyas terminaciones dendríticas son estimuladas sinápticamente.(19)

Se ha demostrado que la frecuencia de trastornos depresivos endógenos entre familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) va del 15 al 20%. Las manifestaciones hereditarias de la depresión no tienen que ser necesariamente depresiones que mimeticen o se parezcan a las que han sufrido otros familiares. O sea que se hereda una predisposición a sufrir trastornos depresivos.(20)

Las llamadas causas ecológicas se relacionan con la anterior, ya que parten de que la contaminación en el aire contienen elevadas sustancias nocivas, compuestos naturales o productos químicos, afectando así al humano, ya que si respiramos diariamente un mínimo de 15 kg de dicho aire y como se sostiene en los párrafos anteriores, la causa probable de depresión es la alteración bioquímica se espera que el hombre manifieste mayor depresión y ansiedad.

Se habla de riesgo con respecto al ruido, cuando existen 50 a 70 decibeles, como sucede en las calles medianamente ruidosas, aunque son toleradas. Se originan alteraciones físicas y psíquicas severas cuando los decibeles oscilan entre 70 y 90 decibeles, lo que ocurren en calles muy transitadas, ciertas fábricas, discotecas, aeropuertos. El ruido excesivo produce daños psicológicos y orgánicos como insomnio, sueño que no descansa, fatiga tanto física como intelectual, irritabilidad, trastornos en el carácter. La fatiga y el desequilibrio afectivo y neurovegetativo producen con frecuencia una hipersensibilidad al ruido: esto hace un círculo vicioso, creciente y difícil de romper.

Las causas sociales se refieren principalmente a la respuesta afectiva como resultado de reacciones, pérdida de los lazos de unión. Cuando alguna de estas eventualidades ocurre, aparecen manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. A una muerte, divorcio, rompimiento de alguna relación afectiva importante para el individuo sobrevendrá una reacción de duelo.

Los cambios neurohormonales, como los que se dan durante el embarazo, el parto, el postparto y la perimenstruación pueden provocar cambios biológicos y psíquicos que favorecen el desarrollo de la enfermedad depresiva.

Aunque cada vez es menos aceptado, el papel social asignado a la mujer ya que tiene pocas gratificaciones sociales y económicas, lo cierto es que la educación que han recibido hombres y mujeres en la sociedad occidental puede influir en que las mujeres sean más proclives a vivir y aún a reconocer estados de desánimo, tristeza y desmoralización y, sobre todo

que estén dispuestas a aceptar sus depresiones. Como consecuencia de este mismo factor educativo los hombres tal vez tiendan más a manifestar su depresión por vías tales como el alcoholismo, la agresividad o las somatizaciones y a enmascarar así sentimientos considerados poco masculinos. (21)

El aumento de la frecuencia de depresión en la población general constituye un importante problema de salud pública. Contribuyen a ello factores tales como la variedad de presentaciones clínicas del cuadro depresivo, complicaciones como alcoholismo y abuso de drogas, el crecimiento de sectores demográficos especialmente vulnerables (por ejemplo, adolescentes, adultos jóvenes y ancianos), y la existencia de problemas socioambientales tales como pobreza, desempleo, violencia y polarizaciones étnicas o religiosas. De otro lado, el mayor grado de información respecto a estadísticas y síntomas de la depresión por parte de profesionales de la salud y del público en general puede contribuir, teóricamente, a mejores posibilidades de detección diagnóstica; sin embargo, esto ocurre sólo en menos de 1/3 de los casos (22)

Cultura y Depresión

Las características clínicas, epidemiológicas y socioeconómicas de la depresión apunta a la consideración de que suceda en un contexto cultural definido. No es exagerado afirmar que este contexto otorga significación propia a cada aspecto de la realidad clínica del trastorno. La cultura, en efecto, juega un papel múltiple en la producción, evaluación, comprensión, diagnóstico y manejo de todo tipo de trastorno mental; la depresión no es una excepción y de hecho su vinculación con factores

culturales puede ser incluso más estrecha que la de otros cuadros psiquiátricos.

Un enfoque sistemático de las relaciones entre cultura y depresión en la escena clínica revela cinco áreas de especial relieve. La primera es la del papel interpretativo de la cultura con respecto a manifestaciones conductuales a las que se rotula equivocadamente como depresión clínica. Tal sería el caso del despliegue emocional a veces ruidoso de las llamadas "plañideras" en ceremonias fúnebres que tienen lugar en algunos sectores de la población hispánica; sin perjuicio de reconocer rasgos de una reacción de duelo normal, el error -corregible si se hace uso adecuado del respectivo contexto cultural- sería etiquetar tal conducta como "depresión mayor".

Sin embargo, la cultura bien puede ser un agente patogénico y patoplástico de la depresión; lo primero está documentado, por ejemplo, por las significativas correlaciones entre los llamados "problemas sociales" de pobreza y delincuencia y la frecuencia del diagnóstico de depresión en sectores poblacionales afectados por aquellos. La función patoplástica se define por la influencia de hábitos culturales en la expresión de síntomas depresivos: tales hábitos pueden jugar, a su vez, un papel reforzador de la sintomatología, tal como ocurre con el uso prolongado (meses aún años) del "luto" o vestimenta negra por los deudos de personas fallecidas; esta respuesta cultural de respeto a la memoria del muerto, acompañada por un drástico aislamiento social autoimpuesto puede, en realidad, prolongar la reacción de duelo y hacerla alcanzar, en ocasiones, dimensiones clínicas reconocibles.

Un tercer nivel de relación entre cultura y depresión es el de aquella como factor diagnóstico y nosológico en ésta. La llamada formulación cultural (FC) (Mezzich, 1995) incluida en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1994 contiene información muy útil para una mejor delineación del contexto cultural de cada caso. La FC asiste al profesional en su comprensión de la perspectiva del paciente, en base a la información sobre su identidad cultural, su "explicación" de los síntomas y su secuencia, y su relación con la figura de autoridad representada por el clínico o terapeuta.

En tanto que instrumento terapéutico y protector, la cultura genera diversas conductas y maniobras individuales y grupales que alivian el impacto negativo de los síntomas y pueden contribuir incluso a su resolución clínica. En el caso de la depresión, es bien sabido por ejemplo que grupos étnicos tales como los hispánicos o asiático-americanos refuerzan sus redes de apoyo al individuo afectado, posibilitando así su reinserción social precoz y minimizando (al menos en su entorno cultural) implicaciones estigmatizadoras. Tal no es el caso, por cierto, en determinados sectores de la población blanca que, al interpretar los síntomas depresivos como muestras de "carácter débil" y colapso de un individualismo caro a la filosofía de su medio cultural, sientan las bases de una creciente intolerancia intrafamiliar y social, con las consiguientes dificultades en el proceso terapéutico y de recuperación. De otro lado, en el campo de la etnopsicofarmacología, se sabe de las diferencias en torno a respuesta clínica y a incidencia de efectos colaterales que los pacientes hispánicos

presentan en relación a los antidepresivos tricíclicos y a los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

A la existencia de factores ambientales comunes a otros sectores demográficos, debe añadirse la vigencia de factores culturales tales como los ya mencionados de orgullo y vergüenza, cuya discusión franca y clarificadora debe ser obligatoria en el contexto psicoterapéutico. (23)

Los factores culturales predisponen más a las niñas que a los varones a adoptar todos los otros mecanismos y modalidades de relación interpersonal conducentes a la depresión. En muchos medios es posible detectar un vínculo de obligación heredado de madres a hijas. La obligación parece transmitirse con más intensidad a las hijas que los hijos, por tanto aquéllas tienden a desarrollar un acendrado sentido del deber. También el carácter patriarcal de nuestra sociedad alienta el sometimiento al otro dominante masculino; se ve como algo natural que una mujer se ligue a un otro dominante masculino: Mean Baker Miller (1976) y otros autores observaron que es norma aceptada esperar que la mujer esté al servicio de las necesidades de los demás y asocie su destino al de un hombre, e hicieron notar cuantas más dificultades que éste encuentra para ser tal como auténticamente es.

En una sociedad patriarcal, la mujer reprime a menudo el dolor, el encono y la frustración que acompañan su modo de vida subordinado. En el mejor de los casos la represión moviliza defensas neuróticas; en el peor abre el camino para serios desórdenes mentales, en especial la depresión. Aunque es verdad que el comienzo de este patrón de dependencia femenina se remonta a los primeros dos o tres años de vida, también es verdad que en

muchos casos no podría persistir ni llegar a arraigarse si la sociedad no lo alentara.

En algunas clases sociales se confunde feminidad con dependencia. La autoafirmación queda reemplazada por la búsqueda del apoyo de un hombre "fuerte". El hombre suele definirse como el pilar, el que gobierna y toma decisiones, y con esa actitud fomenta un estado de indefensión en su compañera: sin embargo después critica acerbamente el estado que él mismo contribuyó a generar. Por lo general a la mujer se le permite hacerse valer sólo como madre y ama de casa. Pero las tareas domésticas han perdido importancia en la sociedad moderna, y muchas de ellas que en la época preindustrial se confiaban a la mujer, son realizadas ahora por otros medios.

Sin embargo, sigue existiendo el problema de que son muy pocas las actividades estimulantes que la mujer puede emprender. Por consiguiente se siente insatisfecha. La sociedad le impidió desarrollarse de acuerdo con el modelo masculino. Si en determinado momento decide iniciar una carrera, encuentra que los hombres de su misma edad la dejaron atrás. Por lo tanto le cuesta reunir el coraje necesario para hacerlo, al verse obligada a partir desde una situación inicial tan desventajosa.

Su dependencia la incapacita para ayudarse a sí misma y la hace más vulnerable a determinados hechos que actúan como factores desencadenantes de la psicopatología. Las circunstancias adversas no afectan tanto a una persona que confía más en sus propias facultades y recursos internos. La sensación de indefensión y la incapacidad de

encontrar posibilidades sustitutivas pueden reactivar una vivencia original de pérdida irreparable o inminente.

Sabemos que sobre todo en el pasado y -aunque en menor medida- también en la actualidad, las mujeres han tenido menos oportunidades que los hombres de ocupar los puestos de mayor jerarquía en partidos políticos, instituciones gubernamentales, iglesias, sociedades, universidades, establecimientos industriales, hospitales, etc. No hay duda de que muchas mujeres sufren a causa de esta discriminación. Sin embargo, dicha discriminación no conduce a depresiones profundas con tanta frecuencia como sería de esperar.

La meta dominante de muchas mujeres no está vinculada con una profesión sino con el amor. Es en el área de la vida amorosa donde muchas mujeres se sienten decepcionadas. En consecuencia, a menudo no es sencillo clasificar su depresión; esto es, determinar si está conectada con la relación con el otro dominante o con la meta dominante de alcanzar el amor. Es fácil entender el porqué de esta situación. Son muchas las mujeres a quienes desde la temprana infancia se les negó estímulo para emprender una carrera en cambio se las alentó, de manera encubierta o manifiesta, hacia la maternidad y las tareas domésticas, metas que parecían deseables porque se les asociaba con la realización de los sueños de amor romántico.

Hasta el momento la depresión que sigue a la no consecución de la meta dominante ha expuesto a la mujer a un doble compromiso. Como en muchos casos la mujer se liga a un otro dominante masculino a través del matrimonio, se deprime no sólo cuando ella misma fracasa en la realización

de la meta dominante, sino también cuando fracasa el marido. Por desgracia y debido a razones puramente sociológicas, la felicidad de una mujer casada depende del sentido de autorrealización de su marido más de lo que la felicidad del hombre casado depende del sentido de autorrealización de su mujer.

Habiéndose negado la posibilidad de desarrollarse en muchas áreas, algunas mujeres intentan recuperar poder mediante prácticas erróneamente conceptuadas como femeninas más que masculinas. La atracción sexual, el arte de la seducción, el amor. Aquellas que temen perder dichas funciones al llegar a la menopausia se transforman en fácil presa de la melancolía involutiva, aunque afortunadamente las actitudes de este tipo están tendiendo a desaparecer con rapidez. (24)

Características de la Depresión

Los datos que otorga el instituto de Psiquiatría Genética es que la edad promedio de aparición de la depresión es entre los 20 y los 30 años, aún cuando actualmente existe una fuerte incidencia en niños y adolescentes.

Podría decirse que, una depresión nace cuando existen sentimientos de frustración y/o culpabilidad, los cuales enmascaran el sentimiento de rabia. La rabia ocasiona la conducta agresiva que será en contra de el Yo o el Tú, así pues manifestándose la autoagresión o extraagresión, diría así que la rabia conduce a actitudes masoquistas o sádicas.

Posteriormente, cuando el individuo adquiere conciencia de que es malo lo que está sintiendo o haciendo, buscará un castigo. Cuando el individuo está deprimido por más castigo que tenga seguirá sintiéndose malo, aumentará sus sentimientos de frustración y/o culpabilidad. Así pues el círculo vicioso empezará entonces haciéndose cada vez más profundo y con mayores exigencias: más rabia, más autoagresión, más extra-agresión, más necesidad de castigo.

La más común y última consecuencia al tener esa sensación de vacío será la pérdida de la autoestima, es importante enfatizar que el ánimo depresivo destruye toda esperanza, destruyendo así el deseo de vivir. (25)

Los síndromes depresivos, implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondriaca.

Lo que él describe como tristeza o desesperación aparece sin motivo o tras un acontecimiento significativo en la vida del individuo, es una sensación profunda, arrasadora, es un descenso del estado de ánimo como si fuese perdiendo el placer de vivir. No cree tener la capacidad de brindar amor o afecto, lo que incia en él un sentimiento de culpa. (26)

Pierde el interés por la vida. A medida que su depresión progresa, acaba sintiendo indiferencia por aquello que anteriormente había constituido sus ocasiones principales de placer.

La ansiedad, característica corriente en determinados síndromes depresivos, es la respuesta psicológica al peligro, y se ve a menudo

cuando el individuo tiene la impresión de que se está perfilando una amenaza contra su bienestar. En ocasiones, la ansiedad y el estado íntimamente relacionado de la agitación, podrán convertirse en una característica crónica, como en las llamadas depresiones involutivas. En las graves o crónicas, la ansiedad podrá desaparecer y estar reemplazada por la apatía y el retraimiento. El paciente apático no realiza esfuerzo alguno para ayudarse a sí mismo y solicita poca simpatía o asistencia de los demás. Sin embargo, su retraimiento le protege del dolor de sus propios sentimientos internos, y el paciente podrá acostumbrarse a sus síntomas, de modo que vuelva a sentirse más cómodo.

La despersonalización podrá desempeñar una función defensiva similar en estados depresivos más agudos. Los aspectos más familiares de la identidad personal del paciente parecen extraños. Este ya no sigue experimentando sus reacciones físicas o emocionales como parte de sí mismo, y, en esta forma, se protege de sentimientos dolorosos. A menudo, el sentimiento de vacuidad e irrealidad es experimentado por él mismo como desagradable. La despersonalización es un síntoma complejo que se ve también en otros estados y que no siempre tiene significado defensivo.

El enojo es asimismo manifiesto en el afecto de los pacientes deprimidos. Podrá expresarse directamente, como cuando el paciente se queja de que no se le quiere y se le trata mal, en tanto, que, en otros casos, es más sutil y los sufrimientos del paciente entristecen la vida de los que lo rodean.

La paciente deprimido está preocupada consigo misma y con su estado, lamentándose de su infortunio y del efecto de éste sobre su vida.

Cavila acerca de su pasado y se siente llena de remordimiento al imaginar soluciones mágicas a sus problemas corrientes que implican la intervención de alguna fuerza omnipotente, aunque abriga poca esperanza de que semejantes soluciones tengan lugar. El individuo moderadamente deprimido podrá combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos a donde sea.

El paciente psicóticamente deprimido cavilará acerca de incidentes menores de su juventud que son recordados con sentimiento de culpabilidad y miedo de un severo castigo.

No sólo está trastornado el contenido mental del paciente, sino que sus procesos cognoscitivos están también deformados. Sus pensamientos están disminuidos en cantidad y, aunque pueda ser sensible, el paciente muestra, con todo, poca iniciativa o espontaneidad. Responde a preguntas, pero no ofrece nuevos datos o temas, y su vida mental presenta poca variedad. Comprende lo que se dice y contesta apropiadamente, pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje pueda ser acaso imperfecto e inseguro. (27)

En general, el pensamiento del individuo depresivo es circular, el tema o los temas que son objeto de sus ideas o de sus pensamientos dan vueltas y vueltas sobre sí mismos y precisamente por ello el individuo no es capaz de dar solución al problema que en ese momento le aqueja.

La llamada capacidad de irradiación afectiva, ayuda a que el individuo transmita en forma coherente la alegría que siente, en el caso del individuo depresivo está constreñida al polo de la tristeza y es incapaz de irradiar cualquier otro estado de ánimo.

La lentitud caracteriza tanto la vida entera del paciente deprimido como sus procesos mentales. sus movimientos y sus respuestas requieren más tiempo e inclusive si parece agitado y superactivo, la conducta orientada o intencional está disminuida. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas.

El individuo depresivo es incapaz de estar en relación con el medio que lo rodea, aun cuando éste sea jovial y relajado.

Esto es debido a la falta de capacidad de sintonización afectiva, ya que permite modificar el estado de ánimo de acuerdo con el afecto que predomina en el entorno, éste es lo que ayuda normalmente al individuo a despreocuparse por un momento del problema que le acontece al encontrarse en un ambiente amigable. Los individuos depresivos no importa en que ambiente se encuentren, finalmente les agobiará más su pena y no podrán empaparse del ambiente que les rodea.(28)

La preocupación de la persona deprimida por sí misma se expresa a menudo concretamente en una preocupación por su cuerpo y su salud física. La hipocondriasis o las ideas francamente erróneas acerca de su cuerpo constituyen una manifestación más grave del mismo proceso. La velocidad metabólica del paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal, y su boca está seca dándose además cambios en casi toda función del cuerpo que se encuentra bajo el control neurohormonal.

Las dolencias más corrientes comprenden dificultad en dormirse, en despertar tempranamente en la mañana, fatiga, pérdida de apetito, estreñimiento (aunque ocasionalmente, los síndromes depresivos tempranos

vayan acompañados de diarrea) pérdida de libido dolor de cabeza, dolor de la nuca, dolor de la espalda, otros dolores y sufrimientos, sequedad y ardor de la boca con un gusto desagradable. (29)

En general el individuo depresivo tiene dificultades para conciliar el sueño y una vez que lo consigue puede decir que duerme de manera inquieta y superficial y tiene pesadillas a menudo sobre temas catastróficos; su sueño se ve interrumpido dos o cuatro horas después de haberlo conciliado, despierta a horas más tempranas de lo acostumbrado sin posibilidad de volverse a dormir. (30)

El individuo depresivo tiene la sensación de vivir arrinconado, puede estar inquieto, de manos cruzadas o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta por demás complicado tomar decisiones y continuar con el buen rendimiento en el trabajo.

La persona depresiva anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder en una forma que recompense a la otra persona o refuerce la relación. Podrá aislarse, sintiéndose incapaz de buscar a los demás, o podrá buscar activamente amigos y compañeros, sólo para enajenárselos con su aferramiento y la constante preocupación de sí mismo.

Cuando se ve rechazado en un inicio hace esfuerzos indebidos para conquistar el favor de sus conocidos. (31)

En los estados depresivos tempranos o moderados, podrá darse un aumento de actividad social, buscando el paciente la compañía de otros para distraerse de su dolencia. En su afán de aceptación y simpatía, la persona moderadamente deprimida podrá ser un compañero sincero y

seguro, pero subordinará sus propios intereses y deseos a los de la otra persona. Aunque experimente sentimientos de envidia y enojo, hace interior y profundizando en esta forma de desesperanza. Al empeorar la depresión, el paciente deja de probar. No puede enfrentarse a sus amigos y, por consiguiente, se retrae en sí mismo. Adivinando que constituirá una carga para los demás, sufre en silencio amargo, con un sentimiento de autocrítica culpable.

El contacto del individuo psicóticamente deprimido con el mundo real está afectado. Podrán presentarse retraimiento social burdo, alteraciones perceptuales, o preocupaciones mentales que dificultan el funcionamiento cognoscitivo normal. El individuo en cuestión regresa a un nivel al que las funciones más maduras y autónomas de su ego podrán ser sacrificadas, en caso necesario, para mantener su amor propio decadente. Alguna medida de alivio se obtiene si puede evitar las realidades dolorosas del mundo, retrayéndose a un substitivo ilusorio menos amenazador. A diferencia de otros grupos de diagnóstico, la distinción de las reacciones neuróticas parece ser a menudo cuantitativa.

El paciente neuróticamente deprimido sigue funcionando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son o moderados o parecen apropiados a los precipitantes externos. Sigue reconociendo las realidades del mundo que le rodea y va mejorando gradualmente en un periodo de semanas o meses. El individuo acongojado responde a una pérdida real e importante con sentimientos de tristeza y un retraimiento pasajero de interés en otros aspectos de la vida. Sus pensamientos están centrados en su pérdida, y podrán pasar semanas o meses antes de que su interés por el

mundo vuelva a su nivel anterior y él esté en condiciones de desarrollar nuevas relaciones, susceptibles de llenar el vacío. Hay varios rasgos que diferencian este síndrome normal de la depresión patológica. El individuo afectado de congoja no padece una disminución de amor propio. Podrá tener algo de insomnio, pero los síntomas somáticos son moderados y pasajeros. Podrá sentir que su mundo ha llegado a su fin, pero sabe que se recuperará y sabrá enfrentarse a sus problemas. (32))

La preocupación de la persona deprimida por sí misma menudo concretamente en una preocupación por su cuerpo y salud física. La depresión va acompañada asimismo de cambios reales en el funcionamiento fisiológico. La velocidad metabólica del paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal, y subcavidad está seca, dándose además cambios en casi toda función del cuerpo que se encuentra bajo el control neurohormonal.

Las dolencias más corrientes comprenden dificultad en dormirse, en despertar tempranamente en la mañana, fatiga, pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida de libido, dolor de cabeza, dolor de la nuca, dolor de la espalda, otros dolores y sufrimientos, sequedad de la boca, con gusto desagradable.

La energía que anteriormente denotaba disminuye, presenta un cansancio injustificado que no le permite concluir o iniciar sus actividades cotidianas. Generalmente se sienten más fatigadas por la mañana comparativamente con la tarde. (33)

La pérdida de un objeto amado es el precipitante más corriente de depresión. Esta pérdida suele ser la muerte o la separación de una

persona querida. En otros casos, se trata de una pérdida psicológica interna resultante de la perspectiva de que uno va a ser rechazado por su familia o sus amigos. La pérdida podrá haber tenido realmente lugar, o podrá ser inminente, como en las reacciones depresivas que se presentan en anticipación de la muerte de un progenitor o un cónyuge. Por supuesto, no todas las pérdidas conducen a depresión. La pérdida ha de ser de alguien muy importante para el paciente, y hay algunas características de predisposición en el funcionamiento psicológico del paciente y en su relación con el objeto perdido.

Transcurren en ocasiones días, semanas o inclusive años entre la pérdida real y la respuesta depresiva. En estos casos, el paciente ha negado la pérdida o su efecto sobre él y, por consiguiente, ha evitado su respuesta emocional.

Las llamadas depresiones de aniversario, se basan en una estación o una fecha concretas se asocian inconscientemente a un sentimiento de pérdida en la vida temprana del paciente. El aniversario de la muerte de uno de sus progenitores constituye un ejemplo corriente. Las depresiones frecuentes durante los días de Navidad se relacionan en parte con la tendencia de que los sentimientos de privación y empobrecimiento se ven reforzados cuando otros son felices.

En cierto sentido, todas las reacciones depresivas adultas son respuestas diferidas, con el precipitante inmediato en la vida adulta poniendo de manifiesto sentimientos que pueden retrasarse hasta la niñez temprana. Puesto que todo niño experimenta pérdida y sentimiento de

inadaptación y desamparo, todo adulto posee la capacidad para respuestas depresivas.

Todo individuo tiene representaciones mentales internas de las personas importantes en su vida, incluido él mismo. La representación de uno mismo, al igual que la representación de objetos, podrá ser muy precisa o burdamente deformada. Se utiliza el término confianza en sí mismo para describir uno de los aspectos de esta autorrepresentación, esto es, de la imagen de una persona de su propia capacidad de adaptación. En otros términos alguien que tiene confianza en sí mismo se percibe a sí mismo como capaz de obtener satisfacción de sus necesidades y de asegurar su supervivencia.

Además de esta representación de sí mismo, o imagen mental de lo que es realmente, cada persona tiene una imagen de lo que quisiera ser, o de lo que cree que debería ser, esto es, de su ego ideal. El grado en que esta autoimagen corresponde a dicho ego ideal constituye la medida de su amor propio, esto es; si una persona siente que está cerca de aquello que desearía ser, tendrá una alta estimación o un alto amor de sí mismo. Inversamente, si queda muy acá de sus propios objetivos y aspiraciones, su amor propio resultará disminuido.

Las disminuciones en la confianza y la estimación de uno mismo son síntomas cardinales de depresión. La autoestimación de la mayoría de los individuos propensos a depresión se ha basado en una aportación continua de cariño, respeto y aprobación de otras personas importantes en sus vidas. Podrán tratarse de personas del pasado del individuo, que habrán sido internalizadas desde hace mucho tiempo, o de personas (34)

Clasificación

Antes de presentar las clasificaciones existentes sobre la depresión es relevante considerar las dificultades de elaborarlás ya que continúa la lucha por homologar una clasificación de tipo internacional. Son varios los factores que intervienen para lograr esta tarea, como por ejemplo el desconocimiento de la mayor parte de mecanismos fisiopatológicos. los conocimientos sobre historia natural y pronóstico son limitados, existen variables múltiples y de diversa naturaleza y los conflictos entre escuela son todavía irreconciliables.

La naturaleza y los límites de los trastornos afectivos no están suficientemente perfilados. Las dudas acerca de la depresión como enfermedad, síndrome, síntoma o incluso como vivencia normal del ser humano ante los acontecimientos de la vida pesan en el momento de elaborar una clasificación de estos trastornos. Los límites entre la depresión y la normalidad, la depresión y la ansiedad, las depresiones crónicas y los trastornos de personalidad o los nexos obsesión-depresión plantean serios problemas teóricos y prácticos cuya respuesta no es fácil .

Aún considerando lo dicho anteriormente, la delimitación conceptual y la clasificación de estos trastornos tienen referencias históricas notables y antiguas. Tras el largo periodo de oscurantismo que invadió la psiquiatría con la caída de la cultura grecolatina, hasta finales del siglo pasado el término melancolía es el habitual para referirse al síndrome depresivo. Por el contrario, el término manía fue utilizado por los clásicos

pero no en su sentido actual, sino para indicar un trastorno psicótico en el que a diferencia del delirio no había fiebre.

A finales del siglo XIX cuando los trabajos de Falret sobre la folie circulaire y de Baillarger sobre folie à double forme, ambos en 1854 describen el carácter bipolar del trastorno afectivo que Krapelin 1896 sentencia como psicosis maniaco-depresiva y le confiere una situación nosológica independiente.

Durante el siglo XIX son destacables las aportaciones de Pinel quien defiende una posición intelectual del trastorno melancólico al considerar que el juicio falso es su propia esencia y de Esquirol, quien propone el término lipemania en sustitución del tradicional melancolía.; Kahlbaum por su parte acuña el término distimia para referirse a una variedad crónica de melancolía y ciclotimia para designar un trastorno caracterizado por oscilaciones del estado de ánimo a la vez que describe variedades de melancolía como la simple y la fantástica.

Por su parte Kraepelin agrupa todos los síndromes depresivos en el apartado de la psicosis maniaco-depresiva conservando en la quinta edición de su tratado el término melancolía involutiva para los trastornos depresivos de la senectud.

Corresponde a Moebius en 1893 la introducción en psiquiatría de la dicotomía exógeno y endógeno y hasta Edward Mapother en 1926 que se opone a tal distinción y afirma que es improbable que ningún síndrome mental sea debido a una causa específica ya que el grado en el que los factores internos y externos cooperan es infinitamente variable.

Las diferencias de opinión basadas en diversas investigaciones sobre la naturaleza binaria de las depresiones adquiere vigor y nuevas perspectivas en trabajos de las últimas dos décadas, en las que la postura de Roth y la escuela de Newcastle se enfrentan a Kendell, representante de la teoría unitaria y dimensional de los trastornos afectivos.(35)

Así pues, las llamadas depresiones endógenas, van de adentro hacia afuera, no se producen por acontecimientos psicosociales externos sino que se relacionan con una vulneración específica del propio psiquismo del paciente. El término endógeno equivale a primario y debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que, al menos en apariencia, la justifique. Los casos más típicos de estas depresiones son las bipolares y las unipolares recurrentes, en las cuales las fases aparecen de manera espontánea sin que el médico, los familiares o el propio paciente se lo expliquen (36)

Las depresiones exógenas o reactivas se ven como respuesta a experiencias traumáticas precipitantes en la vida del paciente, en tanto que las depresiones endógenas se consideran como expresión de un patrón de reacción constitucionalmente condicionado, que está relativamente poco afectado por los acontecimientos externos.

Las depresiones neuróticas pueden derivarse de factores precipitantes específicos más fácilmente que cualquier otro tipo de síntoma neurótico. (37)

Las depresiones psicógenas son originadas por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc. No todas las personas responden con la misma intensidad o con la misma

capacidad a situaciones conflictivas similares, cierto es que algunos individuos se deprimen al perder su trabajo, aunque verdad es también que otros reaccionan con ansiedad o agresividad.

Por su parte la escuela de Newcastle y Roth llegaron a la conclusión de clasificar las depresiones en cuanto a sus diferencias existentes entre depresiones neuróticas y endógenas, ésto quiere decir estados depresivos y las neurosis de angustia por otra, defienden la correlación entre los grupos de su clasificación y los patrones de respuesta terapéutica.

Van Praag y colaboradores desde 1965 dividieron las depresiones en vitales y personales. La primera, cuya estrecha correspondencia con la depresión endógena es evidente, se caracteriza por afectación de los sentimientos vitales, y la segunda, por repercusión del plano psíquico, comprensibilidad psicológica y clínica alejada del cortejo psicofísico que acompaña a la depresión vital. Rehuyen el término endógeno por sus implicaciones etiológicas y el término psicógeno porque no es determinante, ya que los factores psicológicos pueden desencadenar ambos tipos de depresión.

Overall y colaboradores en 1966 utilizaron el análisis factorial en 160 depresivos con extracción de tres grupo: Depresión ansiosa-tensa, generalmente diagnosticada de depresión neurótica o reactiva. Depresión hostil, en la que la irritabilidad es notable, aunque también la ansiedad y la agitación y por último Depresiones inhibidas, claramente incluíbles en el grupo de las depresiones endógenas.

Klein en 1974 estableció su clasificación basada en tres grupos: Depresión endogenomórfica la cual se divide en endógena verdadera y endogenomórfica precipitada; depresión neurótica que corresponde a una caracteropatía crónica y depresión reactiva, que guarda una continuidad con la tristeza normal. El dato clínico crucial, característico de las depresiones endogenomórficas es la anhedonia o pérdida de la capacidad de experimentar placer anticipatorio y consumatorio, lo cual está en relación con la reactividad al medio.

Una forma de clasificación son las llamadas depresiones secundarias y primarias. Esta se determinó por investigadores de la Universidad de Washington, conocido como el grupo de Saint Louis, ellos proponían la separación de los trastornos afectivos en secundarios y en primarios, basándose especialmente en la presencia o ausencia de enfermedades asociadas.

Las secundarias se encuentran relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas, entendiéndose como consecuencia de y por lo tanto, es indispensable identificar el trastorno original que las provocó, es decir se configuran a partir de los pacientes con antecedentes de otro trastorno psíquico, actual o pasado (esquizofrenia, neurosis, alcoholismo, psicopatías), estímulos estresantes psicosociales claros o enfermedades físicas relacionables con el episodio afectivo. Este término no es equivalente de sintomático, ya que no implica relación causa-efecto con ningún otro trastorno psíquico o somático, pues tan sólo hace referencia a los antecedentes del sujeto.

Las primarias son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica. y aparecen de manera autónoma, esta clasificación específica aún más las depresiones hablando así de primarias unipolares y bipolares. Se incluyen aquellos sujetos que no tienen antecedentes psiquiátricos ni afecciones físicas precedentes o concomitantes con el episodio afectivo.

Las primarias unipolares, estas se presentan casi siempre en fases. Cuando no se remedian, a los intervalos de normalidad siguen fases depresivas; tanto la duración de las fases como el tiempo que transcurre entre una y otra varían de un individuo a otro. Estas depresiones suelen aparecer a partir de los treinta años de edad.

Las depresiones primarias bipolares donde las fases depresivas alternan con intervalos de normalidad, pero también con episodios maníacos.

Akiskal y colaboradores en 1979 mostraron que los afectivos primarios unipolares y bipolares, con respecto a los afectivos secundarios y según la historia familiar y la respuesta farmacógena se caracterizan por mayor facilidad para desarrollar hipomanías farmacógenas, historia familiar de trastorno bipolar e historia familiar de trastorno afectivo en dos o tres generaciones consecutivas.

Si bien las depresiones primarias representan un grupo relativamente homogéneo de trastornos subclasificables en unipolares y bipolares, las depresiones secundarias incluyen una heterogénea amalgama en la que se incluyen disforias reactivas y vivencias de desmoralización cuya inclusión en el contexto de las depresiones induce a confusión.

La manía es el polo opuesto a la depresión, cuando se produce los pacientes se muestran eufóricos, expresivos, son imperativos, se entregan a la verborrea, padecen insomnio, hacen gastos excesivos, se comprometen a hacer tareas irrealizables y se muestran irascibles cuando se les lleva la contraria. En casos graves pueden llegar a la agitación, a las ideas delirantes y/o a las alucinaciones.

Cuando se enmarca la depresión en primaria mayor, alude al nivel de gravedad del trastorno y se aplica tanto a las depresiones unipolares como a las bipolares. En el caso de las bipolares se trata de la tradicional psicosis maniaco-depresiva.

El término depresiones primarias menores se aplica por igual a las depresiones unipolares y a las bipolares. Las unipolares menores no presentan un cuadro sintomático muy completo. Tienden a prolongarse más con el tiempo y se pueden confundir con rasgos de la personalidad de los individuos que las padecen o con simple desmoralización a raíz de situaciones conflictivas. Las bipolares menores también llamadas trastornos ciclotímicos o alteraciones cíclicas del estado de ánimo, mimetizan el trastorno maniac-depresivo pero con menor intensidad sintomatológica.

Esta clasificación, ha recibido serias críticas por lo que no goza de gran aceptación en los últimos años. La crítica más consistente apunta precisamente a la dificultad de establecer con precisión la naturaleza primaria o secundaria del trastorno, especialmente de este último, ya que pueden concurrir un gran número de trastornos médicos o psiquiátricos sin que guarden ninguna relación con el trastorno afectivo. (38)

En 1947 Kleist proponía la separación de la manía del círculo maniaco-depresivo y su discípulo Leonhard,, en 1957 propuso una clasificación de estas psicosis endógenas basada en la polaridad depresiones bipolares y unipolares, que goza de aceptación en general.

Tiene una delimitación clínica bastante precisa: bipolares quiere decir alteración de manía y depresión y unipolares se refiere a depresión o manía recurrente. Gozó de apoyo experimental de Perris, Winokur Vallejo, entre otros, lo que ha logrado que desde 1966 hasta 1985 se continúe corroborando dicha clasificación.

Los trastornos bipolares son menos frecuentes que los unipolares y se manifiestan más precozmente. tienen episodios más cortos, recaídas más fecuentes e intercrisis más breves. La distribución por sexos señala un predominio femenino en los trastornos unipolares frente a un porcentaje similar en los bipolares. Los estudios genéticos y familiares indican un mayor riesgo de morbilidad afectiva en los familiares de primer grado de los pacientes bipolares, así como mayor frecuencia de antecedentes bipolares. Clínicamente, las diferencias son poco notables, aunque se ha señalado mayor ansiedad y quejas somáticas en los unipolares, frente a los bipolares, que muestran más trastornos psicomotores, especialmente inhibición y mayor riesgo de suicidio. Los estudios de personalidad indican que mientras los unipolares están más cerca de las personalidades neuróticas, los bipolares recuperados del episodio, son sintónicos, extrovertidos, activos y seguros de sí mismos.

Desde la perspectiva biológica se ha detectado en los bipolars mayor concentración de litio intracelular y un aumetno de la amplitud media

de los potenciales evocados visuales así como disminución en la excreción de 5 hidroxycorticosteroides, el MHPG y la MAO plaquetaria, frente a una mayor reducción de COMT de la respuesta TRH-TSH y de la latencia del sueño REM en los unipolares. (39)

El término estado de ánimo indica un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo. Los síndromes se caracterizan por estado de ánimo elevado o deprimido de manera patológica y deben considerarse como existentes en un continuum con el estado de ánimo normal. El diagnóstico es apropiado cuando la alteración del estado de ánimo es primaria y central con respecto a la enfermedad y no secundaria a algún otro estado físico o psicológico. En el último caso el diagnóstico 99-99999 sería incompleto (40)

Angustia, Ansiedad y Medio / Diferentes Depresión

“La angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente; constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables. Difiere del miedo en que no puede referirse a objetos o incidentes específicos. El paciente ignora la fuente de su angustia.” (41)

La palabra angustia proviene del latín angor, que etimológicamente hace referencia a una sensación de angostura, de

estrechez, de estenosis. La raíz griega quiere decir estrangular. En uno y otro caso hay una referencia a la opresión. En gran parte de la literatura médica angustia y ansiedad aparecen como términos sinónimos, y en algunas lenguas, como la alemana solo existe un vocablo que agrupo indistintamente a las dos: Angst. (42)

“Una diferencia clara entre depresión y angustia, es que la primera habla del pasado: sólo me podré sentir frustrado o culpable por un pasado displacentero. En cambio la angustia, habla siempre del futuro; incluso así se define: como miedo al futuro”(43)

La depresión y la ansiedad son los trastornos más característicos de la vida afectiva. Uno y otro representan las formas más frecuentes de experimentar las emociones, los sentimientos y las pasiones, que son las tres fórmulas esenciales de la afectividad.

Los sentimientos son el modo diario en que se manifiesta todo lo que no es intelectual. Podemos definirlo así: “el sentimiento es un estado subjetivo difuso que tiene siempre una tonalidad positiva o negativa”.

1.- Estado subjetivo significa que la experiencia básica está dentro del sujeto, que esa zona es un pasadizo obligado por el que desfilan vivencias, sensaciones, imágenes, recuerdos, etc.

2.- Difuso quiere decir que la impresión que se recibe no es clara, sino que tiene unos contornos vagos, imprecisos, de ahí que tantas veces cueste hablar de lo que uno siente por dentro: faltan palabras y sobra experiencia.

3.- La tonalidad es siempre positiva o negativa, no hay sentimientos neutros.

La emoción es una vivencia de agitación más breve y recortada, pero súbita, que se acompaña siempre de síntomas físicos, los más significativos estarían representados por la ansiedad, el pánico, el terror, la desesperación, el dolor agudo, etc., Estos se producen de forma brusca, perturbando el orden que ese sujeto tenía.

En tercer lugar, hay que referirse a las pasiones. Son también experiencias internas tan intensas como las emociones, pero de una duración similar a la de los sentimientos.

Pueden darse ansiedad y depresión en esos tres estilos vivenciales. Todo dependerá de la agudeza, intensidad, duración y cabeza con que se vivan. (44)

Existe una cierta graduación de fenómenos inquietantes, entre los que cabe situar tres eslabones ordenados de menos a más: el miedo, la ansiedad y la angustia.

Rado considera que los términos Miedo y Ansiedad son sinónimos, si la causa del miedo es real, la ansiedad es sana y sirve como mecanismo de defensa, por el contrario si la causa del miedo no es real, estamos hablando de ansiedad neurótica. Freud la considera como la causa de la represión. Sullivan dice que la madre la trasmite al hijo y éste a la madre, siendo que el niño sienta la desaprobación de la madre. Adler la considera como el temor a una amenaza al modo de vida. Horney la ve más bien como consecuencia de una amenaza a la autoimagen. Fromm subraya la presencia de ansiedades existenciales: miedo a la muerte, al daño y al dolor físico a la soledad y a la insignificancia relativa.

El miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo que, de alguna manera, viene de fuera de nosotros y se nos aproxima trayéndonos inquietud, desasosiego, alarma. Ahí la clave está en la percepción de un peligro real que amenaza en algún sentido. De esta situación arrancan una serie de medidas defensivas que tienen el fin de esquivar, evitar o superar esa intranquilidad. Esas medidas son racionales y dependen del tipo de peligro concreto. En cada caso la estrategia que se fabrica es bien distinta, pero proporcionada al hecho en sí.

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temas, de indefensión de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia o ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que pueda decirse, simplificando en exceso los conceptos, que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior.

Este temor indefinido se experimenta como anticipación de lo peor. Es decir el futuro cargado, cargado de malos presagios, se precipita sobre el presente provocando una anticipación temerosa llena de incertidumbre. Y así como en el miedo se utilizan medidas racionales para escapar, ya que existe una referencia externa, en la ansiedad no se puede seguir ese camino, ya que lo indefinido de su objeto pone esa nota etérea y desdibujada hacia la cual no puede uno dirigirse. Por eso, la ansiedad está dominada por la perplejidad. Hay mucho en ella de sorpresa.

El impacto de la ansiedad va a provocar una distorsión de toda la psicología del sujeto, la cual podría quedar expresada como una alteración en el sentido etimológico de la palabra: la de sentirse traído y llevado y tiranizado por lo otro, por ese temor extenso, confuso y farragoso.

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción, con las características de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia. La consecuencia va a ser ese estado de alteración antes mencionado y que en términos de la psicología empírica denominamos hipervigilancia. La psicofisiología aquí seguida es similar a la del miedo, y no es otra cosa que una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico.

Al mismo tiempo, esta ansiedad es adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida. Esto está de lleno dentro del campo de la motivación. Ahora bien, la ansiedad libre y flotante del neurótico es ya otra cosa y tiene otra lectura: no es adaptativa, antes al contrario, provoca respuestas de evitación e inhibición, manteniendo un estado de alerta de forma prolongada, sin que ya sea realmente necesario. (46)

La psiquiatría tradicional veía la ansiedad a través de dos variables básicas: la vivencial y la física. De aquí derivaban las dos principales series sintomatológicas. En la actualidad, el tema se analiza de modo más amplio, es decir, como un modelo de enfermedad psíquica multidimensional: vivencial, físico, de conducta, cognitivo y asertivo. Son

cinco vertientes las que se van a manifestar cuando se tiene ansiedad. La experiencia es, por tanto, rica, densa, compleja, como una sinfonía displacentera repleta de instrumentos diversos, pero con una unidad de fondo.

Esta forma de ver la enfermedad psíquica y, por extensión, la ansiedad, nos lleva a una redefinición de la misma que podría quedar expuesta del siguiente modo: la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada. Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro defusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad.

Ahora bien, no todas las señales de peligro alcanzan un determinado nivel de conciencia. Para eso son necesarias dos premisas fundamentales: una intensidad suficiente y una duración que se prolonga en el tiempo. Si éstas faltan o no tienen la suficiente densidad, se producen sensaciones menos intensas, que no alcanzan los panic attacks, como verdaderas crisis de angustia libre y flotante.

Hay por tanto, desencadenantes externos que pueden ser objetivados con evidencia, y desencadenantes internos constituidos por recuerdos, ideas, pensamientos, fantasías personales, etc. que actúan como estímulos y que deben y pueden ser controlados. Por eso es difícil predecir cuando va a ponerse en marcha un ataque de ansiedad, aunque una de las tareas primordiales de la ciencia es la de predecir los fenómenos.

En los animales todo amenaza da lugar a un programa biológico establecido: son reacciones innatas, fologénicamente antiguas y que van

desde el reflejo de hacerse el muerto a la tempestad de movimientos, pasando por una serie compleja de reacciones de defensa, protección y evitación.

En el hombre el problema es mucho más complejo. Uno de los componentes menos estudiados está relacionado con la orientación, que obliga al ser humano a prestar atención a lo que le está sucediendo y a explorar su reacción global. Esto va a producir distintas conductas: de acercamiento, de ataque, de huida, de evitación, etc. En él se dan dos connotaciones a tener en cuenta: que el hombre aprende de hechos pasados y que por eso tiene también capacidad para prever eventuales peligros.

Pero no sólo es capaz de ésto, sino que también puede analizar sus reacciones, lo que le está ocurriendo en un momento determinado ante esos peligros exteriores o esas amenazas internas mal dibujadas, lo cual le va a llevar de algún modo a controlar mejor su respuesta general, recibéndola entonces disminuida de intensidad. El aumento o la disminución de la ansiedad tiene mucho que ver con la elaboración individual de la información que a ese sujeto le llega. Las condiciones son impuestas por la emisión de esas señales de temor y por la recepción de las mismas

Todos los procesos de activación ansiosa o estresante tienen un objetivo fundamental: preparar al organismo para la acción. Se trata de un proceso de adaptación a la situación que descansa en una sobreactivación biológica, como consecuencia de un bombardeo permanente de estímulos externos e internos.

La afectividad se puede experimentar de diferentes maneras, pero se ha determinado que las cuatro habituales son, sentimientos, emociones, pasiones y motivaciones

La ansiedad es siempre un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad. Para explicar cómo se produce es necesario distinguir distintas especies de ansiedad. hablaremos ansiedad exógena, endógena y angustia existencial.

La angustia existencial no es patológica. La tiene todo ser humano por el solo hecho de serlo, esta ansiedad proviene de la inquietud de la vida y nos pone frente a frente con nuestro destino, con la muerte y con el más allá. Fue analizada por filósofos del existencialismo: Kierkegaard, Heidegger, Jean Paul Sartre, Albert Camus, Unamuno, Gabriel Marcel, etc. A esta corriente de pensamiento se la conoce con el nombre de filosofía de la crisis, ya que estudia preferentemente al hombre justo en el momento de atravesar una situación límite.

La ansiedad exógena no es todavía propiamente ansiedad; se dice que es aquel estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones encronizadas de tensión emocional; crisis de identidad personal; problemas provenientes del medio ambiente.

La ansiedad endógena es la ansiedad que se vincula más con la depresión, ésta proviene de los sentimientos vitales en donde parece que confluyen lo somático y lo psíquico. Lo que Novalis llamaba la costura entre el alma y el cuerpo. La produce el organismo. Viene de la endogeneidad que deriva de un trastorno psicofisiológico de estructuras cerebrales

implicadas en la regulación de la vida emocional. Se trata de una serie de estructuras nerviosas, entre las que destaca el sistema límbico principalmente; la corteza cerebral, un sistema de interrelación que se establece entre los dos anteriores, a los que deben añadirse una serie de sistemas de activación unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros inespecíficos, toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo. Esta serie de conexiones funcionales van a ser las responsables de las distintas versiones de la ansiedad, pero siempre con ese núcleo común de emoción que se experimenta como amenaza física y/o psíquica, y que va a provocar una reacción de alerta. (46)

Es muy importante no confundir Angustia o Ansiedad con Depresión. No necesariamente el deprimido tiene que sufrir angustia, aunque esto sea lo más frecuente, así pues muchos deprimidos no sufren de angustia como muchos angustiados no padecen de depresión.

"La angustia es un agente activador, que promueve el funcionamiento mental hasta que se alcance el grado y el modo de defensa necesarios. La depresión es la antítesis de esto: vuelve la vigilancia hacia adentro y proporciona una sensación de aislamiento; no es agente activador; al contrario: hace notoriamente más lentos los procesos mentales, el habla, la fantasía, disminuye la confianza en el propio yo por la creciente pérdida de autoestima, y reduce hasta acabarlo el amor propio. La angustia mira siempre hacia el futuro la depresión se fija solamente en el pasado" (47)

Manía

La presencia o ausencia de manía en la historia previa de un paciente afectivo o su emergencia a lo largo del curso clínico del trastorno, se considera un criterio demarcatorio de dos tipos de enfermedades distintas. La manía pura unipolar forma parte de un síndrome que está lejos de ser homogéneo tanto en su clínica como etiopatogénicamente.

Tsuang y Lyons en 1987 consideraron la existencia de dos edades de inicio de los primeros síntomas de manía: una cuando antes de la veintena y otra hacia los cuarenta años. La primera corresponde a sujetos con enfermedad bipolar típica, mientras que la segunda correspondería a cuadros de hipomanía-manía espontánea o farmacológicamente inducida y más rara vez a cuadros maniacos secundarios.

El paciente maniaco parece ser clínicamente el opuesto del deprimido. Su exhibición afectiva es entusiasta o eufórica y, cuando va de un tópico a otro, incapaz de centrar su mente en un curso continuo de pensamiento se comporta como exageradamente activo, tanto física como mentalmente.

El intervalo libre entre un episodio de manía y de depresión es variable; los ciclos cortos ocurren al inicio del trastorno, en sujetos jóvenes o en pacientes viejos. La duración de cada episodio parece constante para cada individuo, siendo los biopolaes típicos los que presentan más episodios a lo largo de la vida, que el resto de enfermos afectivos.

Respecto a los síntomas afectivos puede decirse que manifiestan un estado de excitabilidad global, por lo tanto no presentan un patrón fijo, es decir la fenomenología de la manía ha estado limitada a la euforia y a los elementos extravagantes del comportamiento verbal o motor.

El caracter extrovertido del humor maniaco pronto se torna iracundo frente a la presión social. la irritabilidad y desviación autorreferencial del pensamiento aparecen precozmente obligando a realizar un diagnóstico diferencial con las psicosis endógenas más graves de tipo paranoico o esquizofrénico.

La fuga de ideas es el fenómeno cognitivo más característico de la manía y menos frecuente a la vez. En el maniaco, el pensamiento con fuga de ideas podría deberse a un fallo en los mecanismos inhibitorios corticales mantenedores del tono vigil y atencional. Con frecuencia la atención selectiva se encuentra dañada. La pérdida de la dirección atencional confiere al maniaco una impulsividad similar a la observada en otros cuadros psiquiátricos de naturaleza orgánica.

Al inicio de la exaltación, el maniaco se caracteriza por un incremento aparente del rendimiento físico, con ausencia de la sensación de fatiga diurna y disminución de las necesidades del sueño. El incremento de la actividad motriz es global, persistente y poco modificable por las injerencias ambientales.

No todos los estados de exaltación emocional o hipertimia siguen un curso típicamente fásico. El diagnóstico de manía o bipolaridad es decisivo y trascendente, ya que implica una terapéutica ineludible, las sales de litio, en los casos de recurrencia evidenciable.

Pese a toda esa exaltación superficial, la manía se comprende mejor como una defensa contra la depresión. Es el producto de la negativa y la inversión del afecto.

La ciclación rápida es una forma de bipolaridad infrecuente que parece suceder al inicio del trastorno bipolar y en sujetos mayores por causas orgánicas o farmacógenas.

Resulta relevante hacer hincapié en que pruebas clínicas arrojan que el paciente no está alegre como parece a primera vista. Su humor es infeccioso, es a menudo incisivo y hostil. Procura centrarse en las debilidades de los demás para evitar pensar en la suya propia, en ocasiones, su depresión subyacente se manifestará abiertamente y, en una entrevista privada perderá acaso el control, en respuesta a cordialidad y simpatía y echará a llorar.

El paciente maniaco insiste en que no tiene restricciones, sino que es exactamente lo que quiere ser, tiene confianza suprema en él mismo y emprende proyectos y adquiere posiciones que normalmente parecerían estar fuera de su alcance. Podrán subsistir temores del superego en el episodio maniaco y la calidad frenética, impulsiva del paciente representa en parte su huida ante el castigo.

Esta costelación psicodinámica se relaciona con la satisfacción alucinatoria del deseo del bebé hambriento y la periodicidad cíclica de la manía y la depresión se ha comparado al ciclo infantil de hambre y saciedad. El paciente maniaco ha satisfecho su apetito ignorando la realidad e insistiendo en que es aquello que desea ser. Sin embargo esta satisfacción ilusoria no es más que pasajera y el sentimiento de depresión vuelve de modo exactamente igual a como las fantasías de satisfacción oral no logran acallar los tormentos de hambre del bebé. (48)

Modelos Psicológicos de Depresión

De acuerdo a las diversas escuelas en psicología existen distintas formas de explicar la depresión, ya que cada una expresa su propio punto de vista desde donde aborda la depresión

a) modelo Psicoanalítico

En un intento de sistematizar el trastorno maniaco-depresivo en 1911 Abraham comparó la depresión con el duelo luctuoso. Según este autor la diferencia esencial entre aquella y éste radica en que la persona afectada por el duelo luctuoso es consciente de su preocupación por la pérdida de un ser querido y, en cambio, el individuo depresivo está inmerso en imprecisos sentimientos de pérdida, de culpa y de poca autoestima. De acuerdo con este autor podemos decir que el individuo depresivo interioriza la pérdida como un rechazo de sí mismo y la confunde o la relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas.

En su teoría psicoanalítica Freud profundizó en las ideas de Abraham con el propósito de dotar a la depresión de un cuerpo teórico. Para Freud la diferencia fundamental entre el duelo luctuoso y la depresión está en que esta última la poca autoestima es un síntoma y además la pérdida es inconsciente, a diferencia del duelo luctuoso, en que la pérdida es consciente.

Según Freud el individuo depresivo también padece una pérdida pero es simbólica y no se relaciona con la persona perdida. En otras palabras, la tendencia a culpabilizarse y los autorreproches del individuo depresivo está dirigidos en realidad de manera inconsciente a la persona perdida. El individuo depresivo asume los atributos que percibía en esa

persona. Y a partir de ese momento la depresión se convierte en un proceso narcisista dirigido hacia el interior de la persona en lugar de estar dirigido hacia el exterior.

De aquí surgen dos rasgos característicos del paciente depresivo: el sadomasoquismo y la dependencia oral, puesta de manifiesto en la necesidad de ayuda emocional que requieren y piden este tipo de pacientes.

Más tarde Abraham desarrolló los postulados teóricos de Freud y argumentó que existían diversas dificultades durante el proceso evolutivo de la infancia que, a su vez, daban pie a la aparición del malestar depresivo en la edad adulta. En general el origen de estas dificultades está en la pérdida o en la falta de amor en el niño. Esto da lugar a una fijación del desarrollo afectivo en la fase oral, que explica o implica la dependencia de personas y acontecimientos que aportan gratificaciones afectivas.

En 1948 Melanie Klein propuso y argumentó en favor de una base psicodinámica distinta para explicar el desarrollo de la depresión. Según Klein es durante el primer año de vida de las personas cuando se forma la base de lo que más tarde puede ser el padecimiento depresivo. A juicio de Klein todos los niños atraviesan un estado evolutivo al que llama actitud depresiva y que, en su opinión, está caracterizado por un periodo de tristeza, temores y culpa. Al sentirse frustrado por la carencia o la pérdida del amor, el niño se vuelve contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo dirigidas contra ella. Esta situación provoca en el niño estado de ansiedad y culpa. Además debido a la incapacidad del niño para distinguir el mundo exterior (su madre) del interior (él mismo y de las

imagenes que interioriza de la madre, todo se transforma en un intenso temor a audestruirse. Esta es la explicación de Klein a la fase denominada actitud depresiva.

La base patológica para el desarrollo de la depresión en la edad adulta se da cuando el niño no ha comprobado que la madre a la que odia y a la vez ama es la misma persona. Esto, en términos psicoanalíticos, es una falla en la institución del objeto bueno interno.

En 1953 Eduard Bibring destacó y dio una importancia primordial a la pérdida de la autoestima como elemento clave de la depresión. Sus ideas se acercaban más a la respuesta consciente a los acontecimientos que a los conflictos inconscientes entre el yo y el superyo. Aun cuando estaba de acuerdo en dar importancia a las experiencias iniciales de la infancia como base para el desarrollo de la depresión en la edad adulta, sostuvo que la depresión se desarrolla y se instaura como resultado de la frustración de las expectativas conscientes. También discrepaba de los psicoanalistas anteriores, que creían que las dificultades en el manejo de los sentimientos agresivos desempeñan una función primordial en el origen de la depresión.

b) Modelo Cognoscitivo

En psicología se utiliza el término cognición para definir el proceso mental que transforma, elabora, almacena, registra, sintetiza y amplía tanto los inputs (ingresos) sensoriales internos como los externos. Esta era la opinión de Neisser en 1967 y la de Broadbenit en 1971. Según afirmó McHoney en 1977, los procesos cognoscitivos abarcan muchas funciones psíquicas: la percepción y la memoria, el pensamiento y el

lenguaje. las creencias y las actitudes y aun la conducta en lo que se refiere a la solución de problemas.

De acuerdo con lo señalado por Peters en 1970 y por Izard en 1972, con el cognoscitivismo se produce un nuevo giro en la psicología. En virtud de este giro la percepción y el pensamiento se unen más íntimamente para determinar, una vez evaluada la situación estimulante, los efectos que son consecuencia del proceso evaluador.

El modelo cognoscitivo elaborado por Beck en 1970 y en 1976 atribuye un papel fundamental al pensamiento y al juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Según Beck cada persona tiene un esquema una forma de pensar con la que enfoca y experimenta la vida. Beck también ha sugerido que existe una alteración previa en la manera de pensar que, precisamente, provoca el desarrollo de la alteración del estado de ánimo.

De acuerdo con Beck las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas de autodesprecio y de autoacusación, y esto las lleva a etiquetar o a interpretar los acontecimientos ajustándose a esos esquemas previos.

Entre las maneras de pensar que Beck considera características de los pacientes depresivos se pueden enumerar las siguientes: la subestimación de uno mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica y la autoinculpación, las ideas exageradas del deber y de la responsabilidad, frecuentes autoimposiciones, mandatos y deseos de huir y de suicidarse.

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma, la

depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle.

En los síndromes depresivos tempranos o moderados, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o más grave, el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarle, y de que las cosas nunca más mejorarán. Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderadas.

La persona deprimida no sólo se siente mal, sino que es, típicamente, su peor enemigo, y podrá inclusive servirse de esta expresión concreta al describirse a sí mismo. Las tendencias autodestructoras o masoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo.(49)

Teoría de la Indefensión

Según la teoría de la indefensión, cada vez que el individuo es rechazado provoca en él un sentimiento inevitable de que todo lo que haga posteriormente será nuevamente rechazado, es decir ocurre la creencia de no ser capaz de hacer algo y sobreviene entonces la depresión.

"La depresión de acuerdo con Seligman se produce cuando los individuos aprenden que los eventos son independientes de su conducta

Seligman denominó indefensión aprendida a la expectativa de que los acontecimientos son incontrolables"

Para elaborar su teoría de la indefensión aprendida a partir de estudios con animales, utilizó perros, algunos de estos perros eran atados con correas a un arnés y recibían una serie de 64 descargas inescapables intensas. Los perros que estaban en el segundo grupo, recibían 64 descargas escapables, las cuales terminaban cuando los perros presionaban con su cabeza un panel. Los perros de ambas condiciones, escapable e inescapable recibían el mismo número de descargas: éstas terminaban en los perros de la condición inescapable cuando los perros del tratamiento escapable interrumpían con éxito sus descargas. Un tercer grupo de perros no recibía ninguna descarga durante la fase inicial de estos estudios. Los experimentadores pusieron a cada uno de los perros de los tres grupos en una caja de lanzadera 24 horas después de terminar la primera fase. Cada perro recibió en la caja de lanzadera 10 ensayos de entrenamiento de escape-evitación señalizado. Una vez presentado el EC, los perros disponían de 10 segundos, se presentaba la descarga y los perros podían interrumpirla saltando la valla. La descarga se presentaba durante 50 segundos o el tiempo que tardase el perro en escapar. Los experimentadores observaron que las dos terceras partes de los animales que habían recibido descargas inescapables 24 horas antes, no aprendieron a escapar o a evitar la descarga eléctrica intensa presentada en la caja de lanzadera. Los perros parecían indefensos: se sentaban en la caja y soportaban la descarga durante todo el intervalo de 50 segundos. Por el contrario tanto los perros que habían recibido descargas escapables como los

que no habían recibido descargas durante la primera fase, escaparon rápidamente de la descarga en los primeros ensayos con la caja de evitación y, en los ensayos posteriores, aprendieron a responder ante la señal con lo que evitaron la descarga.

El efecto negativo de las descargas inescapables se ha apreciado en una amplia gama de especies animales.

El experimento de Hiroto con sujetos humanos constituye una buena réplica de los estudios originales de indefensión con perros. Unos estudiantes universitarios que participaron voluntariamente en el estudio fueron asignados a tres grupos de tratamiento diferentes. Algunos podían interrumpir un ruido desagradable apretando un botón cuatro veces. A los sujetos del grupo incontrolable les decían que respondiendo correctamente podían interrumpir el ruido, pero en realidad no había ninguna respuesta con la que pudiesen interrumpirlo. Paralelamente a los estudios con animales, el ruido terminaba (sujetos de la condición incontrolable) cuando un sujeto comparable (condición controlable) del tratamiento escapable lograba interrumpir el ruido con éxito. Un tercer grupo de sujetos no recibió ninguno de estos tratamientos con el ruido durante la primera fase del estudio. Después de esta fase inicial, Hiroto entrenó a todos los sujetos a escapar o evitar el ruido en una caja de lanzadera utilizando sus dedos. El ruido finalizaba cuando los sujetos movían su dedo de un lado de la caja de lanzadera al otro lado, Hiroto comprobó que los sujetos de la condición de ruido incontrolable no lograron aprender o evitar el ruido en la caja de lanzadera, escuchándolo pasivamente hasta que terminaba al final del ensayo. Por el contrario el grupo que recibía el ruido controlable así como el

grupo que no tuvo entrenamiento inicial, aprendió rápidamente a escapar y posteriormente a evitar el ruido en la caja de lanzadera. Aparentemente, las experiencias incontrolables producen un efecto negativo similar sobre el aprendizaje en humanos y en animales inferiores.

Seligman propuso que la exposición a acontecimientos incontrolables produce indefensión debido al desarrollo de una expectativa según la cual esos acontecimientos son independientes de la conducta. Una vez que las personas adquieren la creencia de que no pueden influir sobre la aparición de acontecimientos aversivos sobreviene la indefensión. Los síntomas conductuales característicos de la indefensión se deben, a la expectativa de una falta de control. Según la teoría de Seligman la indefensión tiene tres componentes conductuales principales: deficiencias motivacionales, deficiencias cognitivas y alteraciones emocionales, las cuales se describen a continuación.

Deficiencias Motivacionales Después de adquirir la indefensión, los humanos son incapaces de iniciar una conducta voluntaria.

Un estudio de Hiroto y Seligman muestra el carácter inespecífico de la indefensión. Unos sujetos humanos tuvieron una experiencia incontrolable en una tarea cognitiva (problemas irresolubles) o en una tarea instrumental (ruido inescapable) Hiroto y Seligman evaluaron después el efecto de estos eventos incontrolables en una tarea cognitiva (solución de anagramas) o en una tarea instrumental (revitación con el dedo en una caja de lanzadera) Los resultados indicaron una ejecución más deficiente tras la experiencia con los eventos incontrolables que con los controlables. Este

efecto se observó con independencia de la naturaleza de los acontecimientos incontrolables y de la situación de prueba.

Deterioros intelectuales El estudio de Miller y Seligman muestra que en sujetos humanos que han sido expuesto a acontecimientos incontrolables se produce una incapacidad similar para cambiar su conducta, la razón de este fracaso es que los individuos esperan que los acontecimientos futuros sean incontrolables. En la primera fase del estudio, unos estudiantes universitarios recibían un tratamiento escapable, inescapable o sin ruido. Posteriormente, los experimentadores pedían a todos los sujetos que clasificasen en 15 segundos, 15 tarjetas en 10 categorías y les decían que la rapidez en la clasificación dependería de su destreza. En realidad, los experimentadores controlaban el éxito o el fracaso de los sujetos en la tarea de clasificación: todos los sujetos tenían éxito en el 50 por 100 de los ensayos y fracasaban en el 50 por 100 restante. Los experimentadores determinaban el éxito o el fracaso controlando la duración de cada ensayo, por lo cual los sujetos recibían una secuencia predeterminada de éxitos y fracasos. Al final de cada ensayo pedían a los sujetos que evaluaran en una escala de 0 al 10 su expectativa de éxito en el siguiente ensayo. Descubrieron que los sujetos que habían recibido el tratamiento del ruido inescapable mostraban poca expectativa de cambio tras un éxito o un fracaso. Estos sujetos no creían que su conducta influyese en los acontecimientos futuros. Por el contrario, los sujetos que habían recibido el tratamiento escapable o el tratamiento sin ruido mostraban una gran expectativa de cambio después de cada ensayo: un

ensayo con éxito aumentaba su expectativa de éxito futuro pero disminuía tras un fracaso.

Aparentemente, nuestras expectativas sobre los acontecimientos futuros dependen de la creencia de que podemos controlar nuestra experiencia pasadas y presentes. Lo que parece importar es esta capacidad percibida para controlar los eventos ya que, en realidad, ninguno de los sujetos del estudio de Miller y Seligman contralaba la probabilidad de éxito o fracaso.

Traumas emocionales La expectativa de que los eventos son incontrolables, de acuerdo con Seligman, produce alteraciones emocionales. Roth y Kubal pasaron un cuestionario a unos sujetos humanos tras una experiencia incontrolable y contrastaron un aumento de sus sentimientos de indefensión, incompetencia, frustración y depresión.

La importancia del fenómeno de la indefensión aprendida reside en su posible relación con el desorden clínico de la depresión. Aunque no puede realizarse por razones éticas una prueba causal directa, la evidencia correlacional apoya la afirmación de Seligman de que la depresión en sujetos humanos se produce por la expectativa de una incapacidad para controlar los eventos. Estas comparaciones indican que las personas deprimidas muestran las características cognitivas de la indefensión aprendida. Los humanos expuestos a acontecimientos incontrolables muestran deterioros motivacionales.

Los universitarios que habían recibido con anterioridad un ruido incontrolable no lograbgan aprender a escapar del ruido utilizando su dedo en una caja de evitación. De la misma forma los sujetos depresivos del

estudio de Klein y Seligman no consiguieron escapar de un ruido en la caja de evitación. Sus estudios incluyen cuatro grupos de sujetos un grupo clasificado como depresivo según el inventario de depresión de Beck y los otros tres grupos estaban formados por sujetos no depresivos. Klein y Seligman expusieron a los sujetos de uno de los grupo no depresivos a un ruido incontrolable, un procedimiento que produce indefensión. El segundo grupo no depresivo recibió un ruido escapable y finalmente el tercer grupo de sujetos no depresivos y el grupo depresivo recibieron el tratamiento sin ruido. Los resultados del estudio indicaron que los sujetos no depresivos que habían sido expuestos al ruido inescapable (el grupo de indefensión) así como los sujetos depresivos escaparon más lentamente que los sujetos no depresivos que habían recibido el ruido escapable o el tratamiento sin ruido. Evidentemente, los sujetos no depresivos, como resultado de la experiencia de laboratorio incontrolable, se comportaron como las personas clínicamente deprimidas.

Los sujetos depresivos tienen una expectativa generalizada de falta de control; su incapacidad para escapar en el estudio de Klein y Seligman refleja simplemente esa expectativa generalizada.

Los sujetos expuestos a acontecimientos incontrolables no se benefician de sus experiencias: estos sujetos no modifican sus expectativas de éxito futuro después de experimentar un éxito o un fracaso. Los sujetos depresivos muestran una incapacidad similar para cambiar sus expectativas después de una experiencia exitosa. Miller y Seligman comprobaron que el éxito en la tarea de destreza aumentaba la expectativa de éxito futuro de los sujetos no depresivos, pero los sujetos depresivos mostraban

significativamente menos expectativa de cambio después de haber realizado con éxito la tarea de habilidad. Por tanto los sujetos depresivos se comportaban igual que los individuos expuestos a eventos incontrolables: ninguno cambió gran cosa su expectativa después de un éxito. Los sujetos depresivos y los indefensos desde el punto de vista de Seligman suponían que su éxito en la tarea de destreza podía atribuirse al azar dado que creían que estos eventos eran incontrolables.

Se encontró en la teoría de Seligman cierta dificultad ya que no reflejaba con precisión el proceso que produce la depresión. En la teoría original de Seligman los sujetos humanos, tras la exposición a acontecimientos incontrolables, no modifican sus expectativas futuras en una tarea de destreza incluso después de haber tenido éxito en una tarea previa. Estos resultados sugieren que los sujetos indefensos creían que su éxito se debía al azar. Durante el experimento los sujetos indefensos se comportaban como si las tareas de destreza fuesen de azar. Sin embargo cuando se les preguntaba después del experimento, los sujetos indefensos describían la situación como una tarea de destreza. El modelo original de la indefensión no puede explicar porqué los sujetos indefensos respondían como si tuviesen control alguno sobre los acontecimientos y sin embargo eran conscientes de que otras personas podían controlar esos mismos eventos.

Un estudio de Rizley muestra un último problema de la teoría original de Seligman sobre la indefensión. Se presentaba una serie de 50 números a sujetos deprimidos y les indicaban que tenían que adivinar el número siguiente. Aunque no había patrón alguno en la serie de números. Rizley les decía que seguían un orden numérico y que su puntuación sería

por encima del nivel de azar si eran conscientes de ello. Después de la presentación de los 50 números, Rizley hacía saber a los sujetos si habían tenido éxito dándoles una puntuación de 26 puntos o más o si habían fracasado, puntuando 25 o menos. Los sujetos indicaban posteriormente la razón de su puntuación en una lista con varias posibilidades. Los resultados demostraron que las personas depresivas atribuían su éxito a factores externos como suerte y facilidad de la tarea, y su fracaso a factores internos como falta de esfuerzo y habilidad. Por el contrario, las personas no depresivas pensaban que los factores internos explicaban su éxito y los factores externos su fracaso. Por tanto, los depresivos atribuyen su fracaso a procesos internos pero también se sienten indefensos porque no pueden hacer nada para evitar los fracasos futuros.

El modelo atributivo de la indefensión de Seligman ofrece una respuesta a los problemas inherentes a su teoría original sobre la indefensión aprendida.

Seligman y sus colaboradores propusieron que las atribuciones que hacen las personas sobre sus propios fracasos determinan si se vuelven depresivas o no. Una atribución es la causa percibida de un evento. Las atribuciones causales de fracaso pueden realizarse en base a tres dimensiones: personal-universal (interna-externa), global-específica y estable-inestable.

Una atribución estable es una creencia según la cual la causa percibida de un éxito o de un fracaso previo determinará los resultados posteriores; una atribución inestable es la creencia de que el éxito o el fracaso venidero depende de nuevos factores. Una atribución específica

refleja la opinión de que la causa de un resultado guarda relación solamente con una tarea concreta; según una atribución global, la causa del resultado de una tarea determinará las consecuencias de situaciones muy diversas. La combinación de estas tres dimensiones produce ocho posibles resultados atributivos. La atribución específica determinará si se produce la depresión, si la depresión se generaliza a otras situaciones y si es transitoria o permanente.

Abramson averiguó, a partir de sus experimentos, que tanto la indefensión personal como la universal producen las cogniciones (expectativa de una incapacidad futura para controlar los eventos) y las deficiencias motivacionales (incapacidad para iniciar una conducta voluntaria) características de la depresión. Abramson y Sackeim analizaron también las atribuciones de las personas depresivas y descubrieron que quienes eran depresivos personales hacían atribuciones internas de fracaso mientras que los depresivos universales hacían atribuciones externas.

La naturaleza de la indefensión determina la aparición de una pérdida de estima. Las personas que atribuyen sus fracasos a factores externos -indefensión universal- no sufren pérdida de autoestima dado que no se consideran a sí mismas responsables de sus fracasos. Sin embargo la atribución del fracaso a factores internos -indefensión personal- produce pérdida de autoestima; la incompetencia de estas personas es la causa de su propio fracaso. Abramson encontró que la disminución en la autoestima se produce solamente con la indefensión personal.

Seigman consideraba que la atribución de indefensión por parte de una persona a un factor estable o inestable también influye en el efecto

de la experiencia controlable sobre la conducta. La aptitud se considera un factor estable mientras que el esfuerzo es considerado como inestable. Si alguien atribuye su fracaso en una experiencia incontrolable a la falta de esfuerzo, la atribución hará aumentar el esfuerzo posterior de esa persona. Sin embargo la atribución del fracaso a un factor estable de falta de habilidades conducirá a la indefensión ya que las personas pueden cambiar su esfuerzo pero no sus capacidades.

La indefensión puede producirse tras varios tipos diferentes de experiencias incontrolables. Sin embargo, se produce habitualmente una depresión grave cuando los individuos atribuyen sus fracasos a factores internos, globales y estables. La depresión de estas personas es intensa porque se perciben a sí mismas como incompetentes en muchas situaciones y creen que es improbable que cambie su incompetencia. En apoyo de esta noción Hammen y Krantz comprobaron que las mujeres depresivas atribuían sus fracasos interpersonales a factores internos, globales y estables. Por el contrario, las mujeres no depresivas culpaban de sus fracasos a los factores externos, específicos e inestables. Otros investigadores como Robbins, Sweeney, Anderson y Bailey observaron una diferencia similar en la atribución causal del fracaso en personas depresivas y no depresivas.

El modelo atributivo de Seligman supone que los estilos atributivos o, una tendencia a percibir que todos los eventos están causados por los mismos factores, influye en la probabilidad de que una persona se vuelva depresiva. Existen diferencias de estilo atributivo entre los sujetos depresivos y los no depresivos antes de que aparezca la depresión.

Conociendo el estilo atributivo de las persons se puede predecir su predisposición a la depresión tras un fracaso.

Si bien esta teoría indica que las cogniciones influye en el desarrollo de la conducta depresiva, es importante reconocer que en la depresión intervienen también otros factores. Varias líneas de investigación sugieren que varios factores ya sea por sí solos o en combinación, pueden producir la depresión. (50)

Depresión de acuerdo al MMPI

El inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social.

Las nueve escalas para uso clínico del Inventario fueron denominadas de acuerdo con las condiciones de anormalidad en que se basó su construcción.

Consta de 566 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas, que incluyen una gran variedad de temas: actitudes sociales, religiosas, políticas y sexuales; preguntas sobre educación ocupación y familia; síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos y trastornos motores; estados obsesivos y compulsivos; ilusiones, alucinaciones, fobias, tendencias sadomasoquistas, etc.

Las frases del inventario se dividen en tres categorías: cierto, falso y no puedo decir. El sujeto debe identificar el mayor número posible de frases como ciertas o falsas con respecto de sí mismo y hacer la anotación

correspondiente en la hoja de respuestas. Después de que el sujeto ha respondido al mayor número posible de frases, se cuentan sus contestaciones para obtener la puntuación de las 9 escalas clínicas y de las 4 escalas de validez. La calificación de las escalas clínicas se realiza por medio de un juego de plantillas a través de las cuales se observan las marcas hechas por el sujeto en la hoja de respuestas. Una vez obtenidas las puntuaciones para las diferentes escalas, de acuerdo con las mismas, se traza un diagrama para poder así saber cual escala resulta elevada y así efectuar un diagnóstico de acuerdo al resultado obtenido.

Este inventario mide hipocondriasis; depresión; histeria; desviación psicopática; paranoia; psicastenia; esquizofrenia; hipomanía. No describiré las mismas, ya que el estudio trata exclusivamente depresión y por tanto las combinaciones que puedan interesarnos son las relacionadas con la depresión.

Algunos pacientes deprimidos se sientan incapaces de elegir entre una forma y otra ante los estímulos del MMPI esto es debido que se autoperciben como imposibilitados para contestar, al notar que existen estímulos que les resultan conflictivos, prefieren no contestar. No hay que olvidar que el deprimido tiene una actitud pesimista, falta de confianza en sí mismo, sentimientos de rechazo que le hacen pensar que como él mismo no vale la pena, lo mejor es no contestar las frases.

La puntuación elevada en la escala depresión denominada como la número 2 es índice de depresión clínica, sentimientos de culpa, de preocupación y de arrepentimiento; estos sujetos sienten que la vida no tiene importancia, presentan poca motivación para lograr sus metas, tienen

dificultad, para concentrarse, son ansiosos y aprensivos en relación con el futuro, se sienten incomprendidos, están convencidos de su carencia de valores y creen que merecen castigo. Generalmente, los pacientes psiquiátricos muestran perturbaciones evidentes del pensamiento y son lentos en sus movimientos.

Esta escala es caracterizada a menudo como la escala del estado de ánimo, ya que por medio de ella es posible encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios, fue diseñada como una medida para conocer el grado de depresión, existe variación de acuerdo con la forma en que fluctúen esos estados de ánimo.

La depresión es uno de los principales cuadros característicos de todo paciente psiquiátrico, no es sorprendente que la escala 2 sea la que con mayor frecuencia se encuentra elevada en el perfil del MMPI y que repetidamente sea el punto más alto del perfil dentro de la población de pacientes con padecimiento psiquiátrico.

El grupo normal que ofrece una puntuación alta en esta escala está integrado por personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechos con el medio y con ellas mismas, tienen tendencias a preocuparse demasiado, emotivas, de temperamento nervioso, generosas y sentimentales, manifiestan también a veces apatía, evasión, convencionalismo, indiferencia, silencio, aislamiento, sumisión y timidez. Estos pacientes son además, muy controlados, indecisos, responsables, desconfiados en sus propias capacidades, pesimistas. evitan involucrarse en relaciones interpersonales y por ello mantienen relaciones a distancia y sin afecto; evitan de cualquier manera

afrontar situaciones desagradables. Los pacientes psiquiátricos que obtienen puntuación elevada en la escala 2 son individuos que muestran un estado de malestar por su fracaso en lograr satisfacciones y adecuada adaptación.

Hathaway y Meehl 1951 señalaron que todo paciente con padecimiento mental que se da cuenta de su enfermedad, muestra un cuadro de depresión. Los pacientes con puntuación alta muestran un cuadro depresivo.

Guthrie 1952 señala que los pacientes con puntuación elevada en esta escala, generalmente tienen un pronóstico pobre, ya que no responden al tratamiento. En los pacientes referidos por Guthrie se observa una combinación de depresión y síntomas somáticos. Por otra parte pacientes con escala 2 moderadamente elevada parecen responder adecuadamente a la psicoterapia, principalmente aquellos que muestran un cuadro de reacción depresiva debido a las circunstancias ambientales.

Welsh y Dahlstrom 1956, artículos 60 y 61 señalan que cuando la elevación de la escala 2 se encuentra entre 55 y 85, la terapia electroconvulsiva es bastante favorable. La puntuación baja en la escala 2 se encuentra raramente en pacientes psiquiátricos. Probablemente lo que esta puntuación baja refleja es ausencia de depresión y tendencia al entusiasmo, adecuada confianza en sí mismo, actividad, energía, estabilidad, buen sentido del humor, inquietud, impulsividad, comunicación espontaneidad. Las mujeres que obtuvieron puntuación baja en esta escala son según Hathaway y Meehl 1951 adaptables, prácticas, cooperadoras, razonables y sociables

La puntuación natural en esta escala encontrada por Swenson 1958 se distribuye de la siguiente manera: 15 o menos persona cuidados, y optimista; 16 a 20 en los hombres y 18 a 23 entre las mujeres, ven la vida con una mezcla de optimismo y pesimismo; 21 a 24 entre hombres y 24 a 29 entre las mujeres medianamente pesimistas y depresivas; 25 a 31 entre los hombres y 30 y 37 entre las mujeres moderadamente deprimidas, preocupadas y pesimistas, y finalmente 24 o más entre los hombres y 29 o más entre las mujeres se encuentra en personas gravemente deprimidas, indecisas y pesimistas.

Marks y Seeman 1963 señalan que la escala 2 se encuentra con frecuencia en varios perfiles con la clasificación 2-3-1-2-7-2-7-4-2-7-8-2-8 y que los pacientes con una alta puntuación en la escala 2 reconocen fácilmente su propia autoevaluación, su bajo estado de ánimo y su gran preocupación por situaciones aparentemente sin importancia. Estos autores señalan que en el grupo que estudiaron esta escala 2 elevada pudo ser interpretada como un signo con pronóstico favorable.

Lachar en 1974 encontró en la escala 2 las siguientes características:

Grupo	Puntuación T	Puntuación natural	
		Hombres	Mujeres
A	28-44	8-14	8-16
B	45-	15-20	17-24
C	60-69	21-24	25-29
D	70-79	25-29	30-35
E	80	30-	36-

A.- Las personas de este grupo son entusiastas, optimistas, activas, sociales; no presentan inhibiciones que les ocasionen hostilidad hacia los demás

B.- Dentro de este grupo se incluyen personas con perspectivas de la vida equilibradas de optimismo y pesimismo, se caracterizan también por mucha energía y entusiasmo.

C.- En este grupo se encuentran personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, lo que puede ser causado por situaciones temporales; esta elevación refleja características más estables y duraderas.

D.- Este grupo está formado por pacientes con niveles de depresión clínicamente significativos; se preocupan por minuciosidades. Los pacientes psiquiátricos caen dentro de esta posibilidad. La molestia expresada por esta elevación ofrece la motivación necesaria para sugerir un pronóstico favorable. Si no se observan signos de depresión a esta altura de la escala o arriba de este nivel debe evaluarse al paciente en búsqueda de rastros suicidas.

E.- Se encuentran en este grupo pacientes con depresión severa, preocupación extrema y pesimismo. Les caracteriza la indecisión y el aislamiento, anorexia e insomnio, así como sentimientos de desadaptación y depresión con rasgos delirantes. Las elevaciones superiores presentan cuadros de apatía extrema y reacciones psicomotoras lentas.

Debemos recordar que las frases fueron escogidas contrastando maniaco-depresivos-depresivos con una población normal. Las frases incluyen desinterés por las cosas, apatía, negación de sentimiento de

autoapreciación, de impotencia personal y de gusto por el trabajo: además se observa sintomatología somática. Las frases de la escala 2 se pueden subdividir en cinco grupos, de acuerdo con los aspectos que califican. De ellas sólo se ofrecen algunos ejemplos:

1.- Depresión subjetiva (32 frases)

Nunca me he sentido mejor que ahora (F)

Mi sueño es irregular e intranquilo (C)

No parece importarme lo que me pase (C)

Casi siempre soy feliz (F)

2.- Retardo psicomotor (15 frases)

Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado (F)

Mi sueño es irregular e intranquilo (C)

No parece importante lo que me pase (C)

A veces siento deseos de destruir cosas (F)

3.- Mal funcionamiento físico (11 frases)

Tengo buen apetito (F)

Siento debilidad general la mayor parte del tiempo (C)

4.- Lentitud Mental (15 frases)

Mi debilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora (F)

Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo
(C)

5.- Sentimientos de amargura (10 frases)

Generalmente siento que la vida vale la pena (F)

Decididamente a veces me siento que no sirvo para nada (C)

El interés en el suicidio aumenta con la elevación de esta escala especialmente cuando las escalas 4, 7 y 8 también son altas. Estas escalas están relacionadas con la conducta suicida. La escala 2 a veces se utiliza como índice de pronóstico. La elevación moderada sugiere conciencia de problemas personales y motivación para cambiar ese estado de situaciones. La elevación baja implica que dichos problemas solamente han sido reconocidos por otros y que no tienen importancia, ni significado personal. Esto último indica que existen implicaciones caracterológicas o una distorsión de la realidad. Una elevación extrema puede reflejar una severa ausencia de energía psíquica o un aislamiento de tal naturaleza que la psicoterapia tradicional resulta ineficaz y se requiere otro tipo de tratamiento psicofármacos por ejemplo antes de poder hablar con el paciente.

Subescalas derivadas de la escala 2 (D)

Depresión subjetiva (D 1)

La puntuación elevada de esta subescala es índice de un sujeto que se caracteriza por tristeza, depresión, carencia de energía para enfrentarse a sus problemas cotidianos, no se interesa por lo que sucede a su alrededor, se siente tenso la mayor parte del tiempo, tiene dificultad para concentrarse y escuchar, es anoréxico y padece de insomnio, se queja y

llora frecuentemente, carece de confianza en sí mismo, se siente inútil e inferior, es tímido, se siente incómodo y apenado y por ello tiende a evitar relaciones interpersonales. Si es un paciente psiquiátrico hospitalizado, su padecimiento generalmente es diagnosticado como neurosis depresiva.

La puntuación baja en la subescala D1, caracteriza a personas que se sienten satisfechas y contentas, son interesadas en su medio ambiente, niegan tensión y dificultades para concentrarse; tampoco presentan molestias de insomnio, ni falta de apetito, no se quejan ni lloran, tienen confianza en sí mismas, son extrovertidas, gregarias y se sienten bien en reuniones sociales.

Lentitud psicomotora (D2)

La puntuación alta es propia de personas que se caracterizan por tendencia al aislamiento y a la carencia de movimiento, pareciera que carecen de energía para enfrentarse a situaciones cotidianas, evitan a la gente, niegan impulsos o acciones hostiles o agresivas. Las personas que obtienen puntuación baja en esta escala son activas y de gran energía no tienen dificultad para iniciar actividades, su vida cotidiana es interesante y beneficiosa, admiten tener impulsos agresivos y hostiles.

Malfuncionamiento físico (D3)

La puntuación alta presenta el cuadro de personas preocupadas por su malfuncionamiento físico, niegan tener buena salud, informan de una amplia gama de síntomas somáticos que incluyen debilidad, asma, constipación, náusea, vómitos y convulsiones. Las personas que presentan puntuación baja muestran, por lo contrario, un buen estado de salud física, no

exhiben manifestaciones somáticas específicas, como las que caracterizan al examinando que obtiene puntuación alta en esta subescala.

Lentitud mental (D4)

Los sujetos que obtienen puntuación alta en esta subescala carecen de energía para solucionar sus problemas cotidianos, se sienten tensos, se quejan de dificultades para concentrarse, de mala memoria y poco juicio, carecen de confianza en sí mismos, se sienten inferiores a los demás, no parecen divertirse o se divierten muy poco, no gozan de la vida dan la impresión de creer que la vida no vale la pena, es decir, estas personas desconfían de sus propias capacidades psicológicas. Los sujetos que ofrecen puntuación baja en esta subescala perciben la vida como interesante y valiosa, se sienten capaces de enfrentarse con sus problemas cotidianos, niegan tensión y dificultad para concentrarse, señalan que su memoria y juicio son satisfactorios, tienen confianza en sí mismos y se comparan de manera favorable con las demás personas.

Pesadumbre (D5)

Las personas que obtienen puntuación alta en esta subescala lloran la mayor parte del tiempo; se muestran preocupadas, carecen de energía para enfrentarse a sus problemas, parecen creer que la vida no vale la pena, se sienten inferiores, inútiles y descontentos, la crítica les afecta en forma extrema y sienten que están perdiendo el control de los procesos de su pensamiento. La puntuación baja es propia de personas que se sienten contentas la mayor parte del tiempo, creen que vale la pena vivir, niegan carencia de energía, de intranquilidad o que lloren con frecuencia, no son tampoco excesivamente sensibles a la crítica. (51)

Escala de Hamilton

En 1960 Max Hamilton hizo un análisis de las escalas existentes para medir síntomas de trastornos mentales. Consideró que podría dividirse en cuatro grupos:

1.- Algunas fueron elaboradas para hacer estudios de enfermos mentales y tenían el inconveniente de que al aplicarse a individuos normales, muchos de los síntomas no podían ser identificados, por no ser equiparable un trastorno psiquiátrico con una variación ligera de la conducta o del humor.

2.-Las escalas existentes de autoaplicación, si bien eran fáciles de administrar, tenían el inconveniente de que los enfermos con trastornos psiquiátricos acentuados tenían limitada su capacidad para resolverlas.

3.- Muchas escalas de conducta se utilizaron para medir la capacidad de adaptación en instituciones hospitalarias, pero dieron poca o ninguna información acerca de síntomas de depresión

4.- Otras escalas habían sido diseñadas para cuantificar síntomas de enfermedad mental, por lo que cubrían todo el rango de trastornos psiquiátricos. La desventaja de estas escalas consistió en la dificultad para identificar algunos síntomas, por ejemplo, para establecer la diferencia entre apatía, retardo y estupor. En síntomas como ideas delirantes el significado era muy diferente si se refería a cuadros depresivos esquizofrénicos, paranoides o hipocondriacos.

Por tal motivo Hamilton elaboró su escala (8) que se utiliza hasta la fecha, sobre todo para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepresivos.

La escala consta de 17 variables algunas se definen como categorías de interés creciente; otras, por términos equivalentes la forma como se cuantifica el registro incluye cuatro variables adicionales: variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos; esto da un total de 21 reactivos. las variables se miden con una escala de cinco o de tres puntos. Cuando la cuantificación es difícil no se establece una distinción entre frecuencia e intensidad de los síntomas y la persona que califica debe tomar en cuenta ambos elementos al hacer su valoración.

En ocasiones se presentan problemas al valorar ciertos síntomas, por ejemplo en la tríada depresiva: tristeza, culpa y tendencias suicidas, tan estrechamente ligadas que su descripción e interpretación es difícil de separar, pudiéndose otorgar a todas ellas puntajes altos o bajos en forma global, sin analizar cada síntoma por separado

Síntomas del enfermo y su cuantificación:

1.- Talante depresivo (tristeza, desesperanza, impotencia, desamparo)

0. Ausente

1. Acepta los síntomas sólo cuando se le preguntan

2.- Comunica estos síntomas no en forma verbal, sino por la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.

3.- El paciente refiere casi únicamente esos síntomas en su comunicación tanto verbal como no verbal

2.- Sentimientos de culpa

0. Ausentes

1. Autorreproche, siente que le ha fallado a los demás

2 Rumiación de errores pasados o de malas acciones

3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de

culpa

4. Oye voces que lo acusan o lo denuncian y/o experimenta

alucinaciones visuales amenazadoras

3.- Suicidio

0. Ausente

1. Siente que la vida no vale la pena

2. Deseos de morir o pensamientos fugaces de matarse

3. Ideas o amagos suicidas

4. Intentos de suicidio (cualquier intento se califica con 4)

4.- Insomnio inicial

0. Nunca tarda en conciliar el sueño

1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño
(tarda más de media hora en dormirse)

2. Diariamente tarda en conciliar el sueño

5.- Insomnio o despertares intermedios

0. Ausente

1. Se queja de sueño superficial e inquieto durante toda la
noche

2. Despierta durante la noche; si se levanta de la cama calificar
con 2 excepto si es para orinar.

6.- Insomnio terminal:

0. Ausente

1. Despierta en la madrugada, pero vuelve a dormirse
2. Si se levanta no puede volver a dormirse

7.- Trabajo y actividades

0. No tiene problemas

1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga, o debilidad en relación con las actividades de trabajo o diversiones.

2. Pérdida del interés por las actividades, diversiones o trabajo, ya sea reportado directamente por el paciente o indirectamente por mostrarse desatento, indeciso y vacilante.

3. Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades o disminución de la productividad.

4. Dejo de trabajar a causa del padecimiento actual. En el hospital califique con 4 puntos si el paciente no participa en ninguna actividad, salvo tareas de pabellón o si el paciente no efectúa sus labores del pabellón cuando se le deja solo.

8.- Retardo (lentitud en el pensamiento y la palabra, dificultad para concretarse; actividad motora disminuida)

0. Pensamiento y palabras normales

1. Retardo ligero durante la entrevista
2. Retardo obvio durante la entrevista
3. Entrevista difícil
4. Imposibilidad de diálogo

9.- Agitación

0 Ninguna

1. El paciente juguetea con sus manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

10.- Ansiedad psíquica

0. Ausente

1. Tensión subjetiva o irritabilidad

2. Preocupación por cosas triviales

3. Actitud ansiosa aparente en la expresión de su cara

4. Habla espontáneamente de sus temores.

11.- Ansiedad somática (angustia)

0. Ausente

1. Ligera

2. Moderada

3. Severa

4. Incapacitante

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales

0. Ninguno

1. Pérdida de apetito, pero come si se le insiste. Pide o necesita laxantes u otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales.

0. Ninguno

1. Pesantez de extremidades, espalda o nuca. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.

2. Cualquier síntoma bien definido

14.- Síntomas genitales

- 0. Ausente
- 1. Débil
- 2. Grave
- 3. Incapacitante

15.- Hipocondría

- 0. Ausente
- 1. Atención excesiva a su cuerpo
- 2. Preocupación por su salud
- 3. Quejas frecuentes solicita ayuda, etc
- 4.- Ideas delirantes hipocondriacas

16.- Pérdida de peso (calificar A o B)

A) Valorado por interrogatorio

- 0. No ha perdido peso
- 1. Probable pérdida de peso asociada al padecimiento actual
- 2. Pérdida de peso indudable

B) Valorado semanalmente por el médico al pesar al enfermo

- 0. Pérdida menor de 500 g en una semana
- 1. Pérdida de más de 500 g en una semana
- 2. Pérdida de más de 1kg en una semana

17.- Conciencia de enfermedad (insight)

- 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
- 1. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo pero lo atribuye a la comida, al clima al trabajo excesivo, a los virus, a la necesidad de descanso.

- 2. Niega por completo estar enfermo
- 18.- Variable diurna
- 0. Ausente
 - 1. Ligera
 - 2. Grave
19. Despersonalización y sensación de irrealidad
- 0. Ausente
 - 1. Ligera sensación de irrealidad
 - 2. Moderada. Ideas nihilistas o de negación
 - 3. Severa
 - 4. Incapacitante
- 20.- Síntomas paranoides:
- 0. Ausentes
 - 1. Susplicacia leve
 - 2. Susplicacia moderada
 - 3. Ideas de referencia
 - 4. Delirios de referencia y de persecución
- 21.- Síntomas obsesivos y compulsivos:
- 0. Ausentes
 - 1. Leves
 - 2. Severos
- (52)

Diagnóstico Diferencial

Tristeza En el lenguaje común, la palabra sentimiento puede referirse a todas las experiencias subjetivas o íntimas, desde las sensaciones más elementales hasta complejas emociones.

Cuando las sensaciones alcanzan el nivel de percepciones, tienen dos aspectos vivenciales: suponen el reconocimiento subjetivo de un estado físico del organismo (por ejemplo, la sensación displacentera específica que llamamos dolor) y reflejan un aspecto de la realidad

La tristeza es un fenómeno específicamente humano, aunque en otras especies de vertebrados se han observado algunas de sus formas más rudimentarias o emociones afines. se la podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. En el lenguaje común la palabra dolor incluye por igual al físico y al mental, puesto que como vivencias subjetivas de sufrimiento son similares.

La persona que espera que suceda un hecho peligroso o desfavorable, se encuentra en un estado de ansiedad. Pero cuando la pérdida ya ha ocurrido y el daño está hecho, y precisamente porque advierte que el daño ya esta hecho, el individuo experimenta tristeza y no ansiedad. Es evidente que para estar triste tiene que haber hecho antes una apreciación de su situación, y además de reconocer el impacto que el suceso indeseado ejerce en su vida actual, evalúa los efectos negativos que tendrá sobre su futuro: ya no disfrutará de la compañía de la persona fallecida, su hijo no progresará en su carrera; ya no tendrá el amor de la mujer querida, no gozará de la posición ambicionada en su trabajo; habrá perdido prestigio ante sus compañeros, quizá no pueda enmedar el perjuicio sufrido porque muchos creerá que en efecto es culpable, etc.

Algunos autores opinan que la tristeza y la depresión son causadas por un descenso de la norepinefrina en ciertos sectores del sistema nervioso central. Es verdad que el cerebro de la persona que experimenta tristeza se produce una alteración bioquímica. Pero en contraste con lo sostenido por Akskal y McKinney parece más acertado afirmar que la alteración no se transmite del plano bioquímico al psicológico, sino del psicológico al bioquímico. En otras palabras, la evaluación cognitiva del hecho es previa a la modificación bioquímica. Si éste fuera requisito de la vivencia subjetiva de tristeza, también tendría que ser responsable de otra transformación, la de una reacción química de la experiencia psicológica de tristeza.

Si la tristeza se asemeja a otros sentimientos displacenteros, debe tener la propiedad de movilizar actitudes conducentes a la eliminación de sus causas. Esta función es fácil de reconocer en el caso del dolor, el hambre, la sed, el cansancio, el temor y la ansiedad, todos los cuales promueven un comportamiento que tiende a evitar, anular o detener sus causas. Al estar tristes, nos sentimos también en peores condiciones para emprender cualquier tipo de acción. En contraste con las personas enojadas que se disponen a luchar o las que sienten miedo y se preparan a huir, las acciones y los procesos de pensamiento del individuo que experimenta tristeza parecen haberse hecho más lentos.

La tristeza es una emoción displacentera que no desaparece con rapidez como la rabia, sino que tiende a perpetuarse. No tiene las características impulsivas que llevan a la acción y la descarga inmediata, como la rabia y el temor; no es centrípeta como este último, que se vive

como algo dirigido desde un estímulo hacia el organismo; ni centrífuga como la rabia que se dirige hacia algo que está afuera del organismo. Aunque la mayoría de las veces el factor precipitante es un hecho que ocurre en el mundo externo, la tristeza es reflexiva en el sentido que se refleja en el organismo que la experimenta.

En síntesis la tristeza retarda las acciones y su permanencia impide una respuesta motriz inmediata. Pero favorece los procesos mentales lentos que permiten reorganizar las ideas vinculadas con la dirección a imprimir a la vida y con el tiempo dan lugar a actitudes intencionales orientadas hacia objetivos diferentes. (53)

Las posibles relaciones entre depresión y patología médica se dan, en resumen, en los siguientes casos:

Cuando la propia patología médica produce un síndrome depresivo. El ejemplo más notable en este caso es quizá el carcinoma de cabeza de páncreas. Aquí la asociación carcinoma/depresión es muy frecuente y a veces la sintomatología depresiva aparece antes de que los síntomas del carcinoma pancreático se hayan manifestado.

Cuando un mismo factor es a la vez causa del trastorno médico y del trastorno psiquiátrico. Este es el caso de la enfermedad de Parkinson, en que la falta de dopamina (déficit dopaminérgico) provoca los síntomas parkinsonianos y los depresivos.

Cuando la depresión es provocada por el individuo como reacción ante su enfermedad. Estas depresiones aparecen con frecuencia en: pacientes crónicos con enfermedades consuntivas (esto es, demacraciones generales del organismo) tras prolongadas estancias en el hospital; en

individuos con padecimientos que afectan a su autoestima (por ejemplo, que se han quemado y quedan con cicatrices deformes) o en aquellos cuya vida está amenazada permanentemente, como los cardiópatas (enfermos del corazón) inestables o los enfermos respiratorios crónicos graves. (54)

Existen algunas enfermedad somáticas que pueden en ocasiones confundirse con cuadros depresivos, debido a la similitud de los síntomas o manifestaciones como son:

Hipotiroidismo En sus inicios el hipotiroidismo suele ser insidioso y se puede asociar con fatiga, letargia y sentimientos depreviso. Existe la posibilidad de hipotiroidismo cuando un paciente de mediana edad se fatiga, no tolera el frío y tiene la piel seca. La determinación de las hormonas tiroideas T3, T4 y TSH confirma el diagnóstico. Por su parte, el hipertiroidismo o aumento de la función tiroidea, que se manifiesta con temblores, pérdida de peso o intolerancia al calor, suele confundirse con trastornos provocados por ansiedad. (56)

Hipertiroidismo Este padecimiento se presenta principalmente en personas sensibles, impresionables, que reaccionan excesivamente ante los hechos de la vida, y que tienen un exagerado sentimiento de inseguridad y un sentido de responsabilidad poco habitual. La hipermotilidad general, excitabilidad emocional, estado de alerta ante todo sonido e impresión, tendencia a caminar, hablar y comer rápidamente y la angustia, aprensión e irritabilidad moderadas que comúnmente se observan en la enfermedad. Estas personas habían sido individuos angustiados con problemas psiquiátricos que originaban tensión. Estudios psiquiátricos han demostrado que en casi todos los casos los pacientes que sucumben a esta

enfermedad sufrían desajustes psicológicos y emocionales desde mucho antes de que apreciaran los síntomas clínicos de hipertiroidismo. Algunos pacientes muestran reacciones de depresión, angustia o agitación. Pueden aparecer estados paranoides con ideas delirantes sistematizadas. En general, los síntomas que se manifiestan son exageraciones y caricaturas de la personalidad previa. Se intenta restaurar el coeficiente metabólico a los límites normales, y ayudar a los pacientes con alteraciones emocionales a que acepten su necesidad de tratamiento lo cual se logra cuando el individuo adquiere insight (57)

Enfermedad de Adisson Es la insuficiencia adrenocortical. Su aparición es gradual y se asocia con decaimientos, pérdida de peso e hiperpigmentación de la piel. Se presenta en adultos de ambos sexos quienes manifiestan aptía, fatiga y depresión y exagerada apetencia de sal (58)

Enfermedad de Cushing Es el hiperfuncionamiento adrenocortical, muchas veces producido por un tumor situado en la corteza de las glándulas suprarrenales, que provoca un aumento en la producción de hormonas adrenocorticales. Conforme progresa la enfermedad el aspecto del paciente cambia, por ejemplo el de una mujer joven y atractiva, al de una dama obesa y barbada, cuyas actividades se ven restringidas por la debilidad y la fatigabilidad fácil.

La respuesta que con mayor frecuencia se encuentra es una depresión reactiva, en relativamente pocos pacientes se asocia a retardo psicomotor: muestran angustia, crisis de llanto, agitación, terquedad, a veces irritabilidad e ideación paranoide. Las mujeres que habitualmente, son las

que con mayor frecuencia sufren de este padecimiento, generalmente presentan amenorrea y masculinización, con cambio de la voz hacia tonos bajos, hirsutismo, crecimiento del clitoris, y acné.(59)

Hiperparatiroidismo Se refiere a la hipercalcemia, exceso de calcio, el paciente relata que inicialmente sintió anorexia y astenia. Más tarde aparecen apatía, debilidad, insomnio, náusea y vómito. El diagnóstico se hará cuando se encuentre evidencia de hipercalcemia, fosfatemia, carencia de fósforo anormalmente baja y cambios electroencefalográficos, generalmente la presentan pacientes con cálculos renales que repiten, con lesiones de la mucosa gástrica que sangran o que presentan alteraciones óseas. (60)

Porfiria aguda Esta enfermedad la padecen sobre todo las mujeres y está asociada al dolor cólico abdominal, al decaimiento y a las parestesias. Se transmiten en forma hereditaria y el síndrome puede precipitarse debido al consumo de barbitúricos, anticonceptivos o alcohol.(61)

Anemia Perniciosa Es producida por déficit de vitamina B12. Muchos de los pacientes que tienen esta enfermedad manifiestan síntomas mentales como depresión, angustia, pérdida de la libido, irritabilidad, poca concentración y alteraciones de la memoria. Existe alta incidencia de antecedentes familiares o personales de depresión. Probablemente se deben a alteraciones en el metabolismo cerebral; los trastornos mentales pueden presentarse aislados o en asociación con alteraciones medulares. La fase en que se inician los síntomas mentales, en relación con el curso de la anemia perniciosa es variable. No existe relación entre el grado de la

anemia y la intensidad de los síntomas mentales, excepto en algunos casos de confusión. (62)

Enfermedad de Wilson Es un trastorno autosómico recesivo que consiste en depósito de cobre en el hígado y los ganglios basales. El defecto del metabolismo del cobre consiste en disminución de las concentraciones de ceruloplasmina, que se puede comprobar mediante investigación sérica. Los signos incipientes consisten en temblor, bradicinesia, disartria y disfagia. En general se inicia durante la adolescencia y tras un desarrollo que lo convierte en crónico, desemboca en una verdadera demencia. Durante su desarrollo los síntomas depresivos son frecuentes y se presentan junto con alteraciones hepáticas, movimientos involuntarios. (63)

Carcinoma de páncreas Los pacientes manifiestan síntomas de depresión, angustia y premonición de una enfermedad grave. De 10 a 20% de los enfermos tienen estos síntomas y el paciente a menudo los nota antes de otros signos y molestias, los cuales quizá aparezcan de uno a cuatro años más tarde. El insomnio asociado con la depresión de estos enfermos resulta ser refractario a los hipnóticos ordinarios. La mayoría de los pacientes con carcinoma de páncreas que Fras y colaboradores estudiaron tendían a reprimir sus respuestas de rabia y habían sufrido la pérdida de relaciones y objetivos importantes en los meses que precedieron a la aparición del cáncer pancreático cosa que no se observó en pacientes con otros tipos de tumores abdominales. (64))

Tumores intracraneales (consultar en otro libro para anotar sobre enfermedades ejemplo en psiquiatría clínica o psiquiatría general)

Esclerosis Múltiple Estructuralmente es una enfermedad bien definida del sistema nervioso, sin embargo la gran mayoría de los que la padecen muestran al principio o durante el curso de la enfermedad problemas de personalidad. La naturaleza general de los síntomas tiende a depender del tipo de personalidad propia de cada paciente. En ocasiones la reacción del paciente ante su incapacidad se caracteriza por irritabilidad, o inestabilidad emocional que altera gravemente sus relaciones interpersonales, a menudo se presenta alteración en el control de la expresión de risa y llanto, trastorno que resulta de defectos bilaterales en la neurona motora superior. Posteriormente se observan alteraciones en la visión, el habla y el caminar. La inestabilidad emocional se asocia con la impresión clínica de alteración intelectual, aún cuando se presenten el llanto o la risa explosivos y forzados, el paciente no experimenta el afecto que los signos emocionales sugieren. Esta enfermedad afecta sobre todo a varones de entre veinte y treinta y cinco años y se caracteriza por remisiones y exacerbaciones espontáneas. (65)

Tratamiento

Antes de hablar de los posibles tratamientos existentes, es mi interés explicar el comportamiento de las principales sustancias que se vinculan con la depresión en el cuerpo humano. Así pues, en la depresión hay básicamente dos sustancias que no funcionan bien: la noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT). Las dos se sintetizan, se almacenan, se liberan y se liberan en una célula, la presináptica, atraviesan el espacio intersináptico que hay entre ésta y la posterior y actúan sobre otra célula, la

postsináptica. La síntesis de NA y 5-HT almacenada en la célula. Los aminoácidos se convierten en la sustancia final gracias a ciertos procesos enzimáticos. La NA y la 5-HT sintetizadas se almacenan en pequeñas vesículas que evitan su destrucción. Cada vesícula contiene millones de moléculas de neurotransmisor.

Cuando ya han sido almacenadas estas moléculas un impulso nervioso destruye las vesículas y tanto la NA como la 5-HT son liberadas en dirección al espacio intersináptico. Una vez que atraviesa esta hendidura se acoplan, como la llave a la cerradura, a la célula postsináptica, gracias a unas moléculas llamadas receptores. Si la NA y la 5-HT llegan en poca cantidad a la célula postsináptica, por un mecanismo de regulación aumentan el número y la sensibilidad de los receptores y, de esta manera se capta mejor el neurotransmisor. Si, en cambio, hay excesiva cantidad de NA o de 5-HT, disminuyen el número y la sensibilidad de los receptores en la célula postsináptica. La depresión es producida por:

- Una disminución de neurotransmisores NA y 5-HT
- Una hipersensibilidad de los receptores
- Una combinación de ambos factores

Los antidepresivos actúan de tal forma que aumentan la cantidad de neurotransmisores, disminuyen la sensibilidad de los receptores (66)

Los dos primeros productos que se utilizan en la actualidad para el tratamiento de la depresión fueron estudiados, en un principio, para otros fines. En 1957 Kuhn valorando la actividad antipsicótica de la imipramina, observó que no era de gran utilidad en la esquizofrenia y que en cambio reportaba resultados importantes en los enfermos deprimidos. En el mismo

año, Kline reportó que la iproniazida, utilizada en el tratamiento de la tuberculosis por su parecido estructural con la isoniazida, producía euforia y mejoraba el humor de los enfermos tuberculosos. De este modo nacieron dos grupos de poderosos medicamentos antidepressivos: el de los tricíclicos encabezados por la imipramina y el de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) por la iproniazida.

Los psicodépticos comprenden a los hipnóticos, a los tranquilizantes o ansiolíticos y a los neurolépticos o antipsicóticos. Están preferentemente representados por los barbitúricos que en dosis terapéuticas producen sueño. Durante un tiempo se utilizaron como tranquilizantes; sin embargo por la tendencia a prolongar sus efectos somníferos hasta el día siguiente, por la baja relación que hay entre la dosis terapéutica y la dosis letal media y sobre todo por haberse comprobado que pueden originar farmacodependencia han dejado de usarse en la actualidad.

Los tranquilizantes o ansiolíticos disminuyen la tensión emocional y la ansiedad provocan sueño y tienen una acción miorelajante; los más conocidos son las benzodiazepinas y el meprobamato.

Los psicoanalépticos elevan el tono mental; se dividen en estimulantes de la vigilia o analépticos y en estimulantes del humor, timoanalépticos o antidepressivos. Los estimulantes de la vigilia aumentan el estado de alerta, disminuyen la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo e incrementan la iniciativa y la confianza.

Los psicodislépticos o alucinantes ocupan todavía un lugar peculiar en la historia de los psicotrópicos; desde hace siglos se consumen

regularmente. El hashish, la mezcalina, la dietilamida del ácido lisérgico y la psilocibina son los representantes más conocidos del grupo.

En general puede decirse que los neurolépticos pueden ser aplicados por su efecto antiobsesivo o por su efecto ansiolítico e inductor de sueño. Los ansiolíticos se utilizan para controlar la ansiedad y combatir el insomnio. Algunos analépticos como el metilfenidato pueden ayudar cuando, al iniciarse el tratamiento antidepresivo, es necesario mejorar el estado de ánimo por las mañanas por supuesto el grupo de los timoanalépticos o antidepresivos constituye el tratamiento de fondo del padecimiento.

Los medicamentos antidepresivos corrigen los estados depresivos anormales, pero no causan ningún efecto en el organismo normal; no actúan como estimulantes o euforizantes, a diferencia de las anfetaminas, que actúan en este sentido, pero que no tienen acción curativa en los cuadros depresivos y originan dependencia, lo que nunca sucede con los primeros. (67)

El centro de Psiquiatría Genética propone un tratamiento de prueba, de diez semanas de duración, en cuyo transcurso los síntomas dominantes se van diluyendo y permiten al paciente su reinserción en el ambiente familiar, social y laboral. Dicho de otra forma, en ese lapso el paciente debería acusar cambios visibles (tanto para él mismo como para su entorno), circunstancia que representa la mejor evaluación de un cuadro de este tipo. Si tal es el resultado obtenido, se sigue tratando al paciente, con el objetivo fundamental de que comience a disfrutar de su existencia

normalmente, junto a su familia, sus amistades y su actividad profesional y/o laboral.

El aumento de la frecuencia de depresión en la población general constituye un importante problema de salud pública. Contribuyen a ello factores tales como la variedad de presentaciones clínicas del cuadro depresivo, complicaciones como alcoholismo y abuso de drogas, el crecimiento de sectores demográficos especialmente vulnerables por ejemplo, adolescentes, adultos jóvenes y ancianos, y la existencia de problemas socioambientales tales como pobreza, desempleo, violencia y polarizaciones étnicas o religiosas. De otro lado, el mayor grado de información respecto a estadísticas y síntomas de la depresión por parte de profesionales de la salud y del público en general puede contribuir, teóricamente, a mejores posibilidades de detección diagnóstica; sin embargo, esto ocurre sólo en menos de 1/3 de los casos. En consecuencia, se dan claras deficiencias en el tratamiento de la depresión, en particular por el no especialista que tiende a prestar más atención a los síntomas físicos. Es bien sabido que 40 a 60% de pacientes con síntomas depresivos acuden inicialmente y a veces, únicamente al médico general o a profesionales no médicos, cuando no a proveedores de los llamados tratamientos alternativos.

En las décadas de los años 60 y 70, la depresión fue el cuadro psiquiátrico más prevalente en la comunidad. Aún cuando las últimas encuestas como el Epidemiological Catchment Area (ECA) Survey efectuada por Robins et al, 1984) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) realizada por Kessler et al, 1994 asignan ahora tal lugar a ansiedad y

cuadros relacionados, la depresión continúa afectando a segmentos significativos de la población: 17.1% de prevalencia a lo largo de la vida y 10.3% en el último año.

Clínicamente, hay un riesgo significativo de recurrencia de la sintomatología depresiva, sobre todo si el tratamiento es irregular o incompetente. Los efectos emocionales, físicos, ocupacionales e interpersonales de la depresión en el paciente y su familia son devastadores y los cifras estadísticas pueden no reflejar del todo esta realidad. Un estudio reciente conducido por el Instituto Tecnológico de Massachussetts concluyó que la economía norteamericana pierde aproximadamente 44 mil millones de dólares al año por depresiones no diagnosticadas y no tratadas.

La depresión causa incapacidad física y mental comparable o aún superior a la ocasionada por enfermedades crónicas severas tales como diabetes mellitus, hipertensión, artritis reumatoidea, trastornos gastrointestinales o handicaps ortopédicos .

Los hallazgos etnopsicofarmacológicos en cuanto a depresión en hispanicos también merecen consideración. Las diferencias tienen indudablemente una considerable base genética (Lin et al, 1995). Existe evidencia de que los pacientes hispanicos, en particular las mujeres, requieren casi solamente la mitad de la dosis máxima promedio de antidepressivos en comparación a sus contrapartes caucásicas, y que un porcentaje más alto presenta o se queja de efectos secundarios a dosis bajas del medicamento. Esto tiene que ver naturalmente con el proceso metabólico de tales compuestos: hay quienes consideran que en hispanicos estos procesos de acetilación (que incluyen etapas de oxidación e inhibición

isoenzimática) son más lentos y pueden determinar una mayor sensibilidad del SNC a agentes farmacológicos. Debe tenerse muy en cuenta variables farmacocinéticas y la interacción de drogas cuando además de psicotrópicos el paciente está recibiendo otros medicamentos tales como neurolépticos, beta-bloqueadores, antiarrítmicos y antihipertensivos.

El paciente hispanico parece estar más dispuesto que otros a aceptar una explicación de trastornos mentales que enfatice la noción de desbalance fisiológico, susceptible por tanto de ser modificado por la acción de medicaciones específicas. Obviamente, esto atenuaría el probable sentimiento de culpa o de vergüenza asociado a la experiencia de los síntomas. De otro lado, también a diferencia de otros grupos étnicos, los hispanicos muestran decidida preferencia por el uso de medicación oral y rechazo a medicaciones de administración parenteral.

La cultura abarca tanto condiciones predisponentes como causales y expresivas de los síntomas depresivos. La cultura ayuda a entender el contexto en el cual se desarrollan los síntomas y a formular áreas de manejo psicoterapéutico y farmacológico que se complementen mutuamente. Por último, dependiendo del vigor cualitativo y cuantitativo de influencias culturales a lo largo de la vida del paciente y del devenir de su comunidad, aquellas pueden ser elementos protectores y preventivos y base conceptual de políticas y normas sociales en el manejo de la depresión, concebida como problema de salud pública. El médico, el psiquiatra y todo profesional de salud en cualquier sector de atención y servicio deberá tener en cuenta este bagaje de conocimientos teóricos y prácticos que añadirá

eficiencia a su tarea y contribuirá al genuino bienestar a que aspiran sus pacientes y la sociedad en su conjunto.(68)

Otro tratamiento está soslayado en la hipótesis de la depleción de las catecolaminas apareció en 1965 descubrió la existencia de síndromes depresivos en los que la depleción de monoaminas desempeña un papel primordial. Depleción significa vaciar y la consecuencia se manifiesta como agotamiento.

Al realizar varios estudios efectuaron la hipótesis que implica que un estado depresivo puede ser consecuencia de una depleción funcional en conductos hipotálamicos, se constató la eficacia de fármacos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa. La función de estas sustancias es el sintetizar, almacenar y liberar de fibras neuronales específicas en el cerebro, la médula espinal y el SNP. El uso excesivo de aminas lleva a los estados de manía; su depleción provoca depresión. (69)

Los métodos biopsiquiátricos suelen alcanzar resultados más rápidos y duraderos que la atención psiquiátrica tradicional, se reduce drásticamente la larga espera de los efectos terapéuticos; se aumentan las posibilidades de acierto en el primer intento, se evita la recaída en gran número de pacientes y se limitan los efectos colaterales. Aunque cada biopsiquiatra tiene su estilo, sin embargo los temas que se mencionan a continuación son comunes en todos: Historia clínica detallada que incluye cuestionarios para el paciente, antecedentes familiares y entrevistas con miembros de la familia de ser posible; Intervalo libre de drogas, pruebas de laboratorio y tests psicológicos para descartar las enfermedades imitadoras

y/o identificar otras enfermedades psiquiátricas; Pruebas de laboratorio para identificar marcadores neuroendócrinos de la depresión biológica

Después de lo anterior, las alternativas más comunes son la medicación y la psicoterapia. Las medidas neuroendócrinas positivas verifican un origen orgánico de la enfermedad y prevén la respuesta a los antidepresivos. Ciertamente es que el tratamiento farmacológico del paciente depresivo puede ser uno de los aspectos más provechosos de la práctica de la psiquiatría, ya que cuando se le emplea correctamente en el paciente depresivo capaz de responder, lo ayuda a recobrar un estado mental normal y saludable en cuestión de semanas con un mínimo de efectos colaterales (70)

Existen muchos tipos de terapias psicológicas en general. Algunas terapias han probado su eficacia a través de estudios controlados.

Así pues hablamos que la psicoterapia psicoanalítica tiene un objetivo muy amplio y global: la reestructuración de la personalidad, tratando así específicamente los síntomas, se trata de descubrir los procesos internos que operan en el inconsciente. Las técnicas más usuales son la asociación libre, interpretación de los sueños y el fenómeno crucial la transferencia entre paciente y terapeuta. La psicoterapia interpersonal es una psicoterapia breve e individual cuyos objetivos son la disminución de los síntomas depresivos y la mejora del funcionamiento interpersonal, se efectúa exploración de pérdidas recientes, facilitación del duelo y exploración de las distintas vías o maneras en las que el paciente puede desarrollar o reasumir sus relaciones interpersonales o sus actividades.

La terapia conductual dedica una especial atención a las contingencias de reforzamiento que suceden a un comportamiento. El núcleo de la depresión y su etiología se situaría en la baja tasa de reforzamiento positivo y esta escasa tasa de reforzadores contingentes con las respuestas del individuo sería un desencadenante de las conductas depresivas.

La terapia de autocontrol sugiere que los sujetos depresivos presentan ciertos déficit en los procesos de autocontrol que pueden sintetizarse de la siguiente manera: Proceso de autoobservación, implica la observación de la propia conducta en sus antecedentes situacionales y sus consecuentes, el terapeuta explica al paciente la relación existente entre el estado de ánimo y las actividades reforzantes o castigadoras, y a partir de un registro diario del estado de ánimo y la participación en actividades positivas, es posible determinar la correlación positiva entre el estado ánimo y la actividad; Proceso de autoevaluación consistente en la comparación entre una actuación determinada y los parámetros correspondientes a una ejecución adecuada, el terapeuta y el paciente analizan la forma rígida y poco realista de plantear las metas lejanas, abstractas y superiores a las propias posibilidades, a partir de esto lleva a cabo un planteamiento de metas y submetas más realistas de acuerdo a capacidades y posibilidades reales y Proceso de autorreforzamiento el cual consiste en la administración de contingencias reforzadoras o castigadoras, manifiestas o encubiertas, a uno mismo y a las propias conductas, el paciente realiza una lista de valores positivos o de juicios positivos sobre sí mismo de forma realista. aplicando autorreforzadores manifiestos y/o encubiertos.

La terapia cognitiva es una de las pocas intervenciones psicológicas que cuenta con diversos estudios clínicos controlados que verifican su eficacia en el tratamiento de la depresión. Se ha concluido que no sólo tiene una buena respuesta sintomática, sino que, además puede tener una acción profiláctica al disminuir las recaídas o su intensidad.

A través de esta terapia se pretende dotar al paciente de mecanismos o estrategias de afrontamiento de su sintomatología a través de una reestructuración cognitiva. Probablemente la adquisición de estas habilidades ofrecerán la posibilidad de disminuir o reducir la intensidad de las recaídas y ello confirmaría la eficacia y el valor profiláctico a largo plazo de este tipo de intervención. (71)

BIBLIOGRAFIA CAPITULO UNO

- 1.- Aquilino Polaino-Lorente
La depresión
1985, Ediciones Martínez Roca
Páginas 13 a la 16
- 2.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
- 3.- Aquilino Polaino-Lorente
La depresión
1985, Ediciones Martínez Roca
Páginas 17
- 4.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
- 5.- Aquilino Polaino-Lorente
La depresión
1985, Ediciones Martínez Roca
Páginas 18 a la 20
- 6.- Psicoterapia de la depresión
Página 374-375
- 7.- R. A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
Página 133
- 8.- R. A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
Páginas 162-163
- 9.- Francisco Sabines
La Depresión
Editorial Diana 1993
Página 28
- 10.-E-Mail Genética
- 11.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
- 12.- Control cognitivo de la conducta
Página 317

- 13.- Diccionario de Psicología de la Princeton University dirigida por Howard C. Warren
- 14 -Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsh
- 15.- Centro de Psiquiatría Genética E Mail info c-p-g-.com
- 16.- Depresión y Angustia
I. Alfonso Reyes Zubiría
México 1992
Páginas 29 a la 31
- 17.- Internet genética
- 18.- Internet genética
- 19.- Depresión y Angustia
I. Alfonso Reyes Zubiría
México 1992
Páginas 29 a la 31
- 20.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
Página 66-68
- 21.- Depresión y Angustia
I. Alfonso Reyes Zubiría
México 1992
Páginas 36 a la 40
- 22.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
Páginas 58 y 59
- 23.- Internet
Jefe del servicio de psiquiatría
- 24 - Psicoterapia de la depresión
376, 377,378, 379
- 25.- Depresión y Angustia
I. Alfonso Reyes Zubiría
México 1992
Páginas 49 y 50
- 26.- E mail Centro de Psiquiatría
- 27.- R A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
163-165

- 28.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
Páginas 80 81
- 29.- R. A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
E-Mail Genética
- 30.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
Página 82
- 31.-E mail Genética
- 32.-R. A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
Páginas 167-169
- 33.- Genética
- 34.- R. A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
Páginas 170 171
- 35.- J. Vallero Ruitoba
C. Gastó Ferrer
Ansiedad y Depresión
Trastornos afectivos
Salvat Editores 1990
Páginas 155-158 e Internet
- 36.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
Internet
- 37.- R. A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
Página 169
- 38.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
Páginas 39 a la 42
Trastornos de la ansiedad 165-168
- J. Vallero Ruitoba

C. Gastó Ferrer
Ansiedad y Depresión
Trastornos afectivos
Salvat Editores 1990

- 39.- R. A. Mackinnon R. Michels
Psiquiatría Clínica
Interamericana McGraw-Hill
México 1991
Páginas 164-165
Intenet
- 40.- mManual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales
- 41.- Kolb página 133
- 42.- Enrique Rojas
página 23
- 43.- Depresión y Angustia
I. Alfonso Reyes Zubiría
México 1992
Página 50
- 44.- La ansiedad
Enrique Rojas
Páginas 65 y 66
- 45.- Depresión y Angustia
I. Alfonso Reyes Zubiría
México 1992
Página
- 46.- Enrique Rojas 24, 25,26, 27,29,30 al 39
- 47.- Depresión y Angustia
I. Alfonso Reyes Zubiría
México 1992
Página 120
- 48.- Psiquiatría Clínica
175-176
J. Vallero Ruitoba
C. Gastó Ferrer
Ansiedad y Depresión
Trastornos afectivos
Salvat Editores 1990
Página 266-276
- 49.- Francisco Sabanés
La depresión
Diana 1993
E-mail
Psiquiatría Clínica

- 50 - Stephen B. Klein
Aprendizaje, principios y aplicaciones
McGrawHill Interamericana España 1995
Páginas 317 a 331
- 51 - Manual MMPI,
Internet
Manual Práctico del MMPI
Pruebas psicométricas de la personalidad
Rafael Núñez
Editorial Trillas Segunda Edición 1991
- 52.- Calderón
Páginas 94-98
- 53.- Psicoterapia de la depresión
134-137
- 54 - Francisco Sabanés
Página 105
- 56.- Idem
Página 106
- 57.- Kolb
Página 304-305
- 58.- Goldman
Página 139
Francisco Sabines
Página 107
- 59.- Francisco Sabines
Página 107
Kolb
Página 302-303
- 60.- Kolb
Página 306
Francisco Sabines
Página 107
- 61.- Francisco Sabines
Página 108
- 62.- Lawrence C. Kolb y H. Keith H. Brodie
Psiquiatría Clínica
Interamericana 1988
Página 316
Francisco Sabines
Página 108

- 63.- Howard H. Goldman
Psiquiatría General
Manual Moderno 1989
Página 127
Francisco Sabines
Página 109
- 64.- Lawrence C. Kolb y H. Keith H. Brodie
Psiquiatría Clínica
Interamericana 1988
Página 308
- 65.- Lawrence C. Kolb y H. Keith H. Brodie
Psiquiatría Clínica
Interamericana 1988
Página 325
Francisco Sabines
La Depresión
Diana 1993
Página 110
- 66.- Francisco Sabanes
La Depresión
Diana 1993
Página 128
- 67.- Guiller mó Calderón Narvaez
Depresión
Trillas 1987
Página 205-211
- 68.- Internet Genética
- 69.- Alfonso Reyes Zubiría
Depresión y Angustia
Curso Fundamental de Tanatología
Página 33-34
- 70.- Dr. Mark S. Gold
Buenas Noticias sobre la Depresión
Javier Vergara Editor
México 1988
- 71.- J. Vallero Ruitoba
C. Gastó Ferrer
Ansiedad y Depresión
Trastornos afectivos
Salvat Editores 1990
Página 423-443

CAPITULO II

Condición Histórica de la Mujer

Para dar inicio al presente capítulo he decidido dedicarle unas líneas a la teoría de la fenomenología, es decir hacer un análisis del fenómeno que se estudiará en base de la microsociología, para así llegar a la macrosociología. Para así internatar explicar la conformación de los mecanismos de identidad en la mujer mexicana, haciendo hincapié sobretudo al sector de la población que se estudia.

Es cierto que dichos mecanismos son enseñados y reproducidos de generación en generación en nuestra sociedad.

“En el ámbito del psicoanálisis la construcción de la identidad femenina se analiza desde cuatro puntos o potencialidades humanas: la reproductividad, el género, la vinculación afectiva y el erotismo según cita Revuelta Z. Sara en su ponencia, la cuestión del género, se entiende como una serie de construcciones mentales referentes a la interpretación social y cultural de las diferencias entre los sexos, o sea la interpretación y diferenciación de lo femenino y masculino en las sociedades históricas concretas el género tiene diferentes manifestaciones, por ej. en el plano biológico hace referencia a la diferenciación sexual, en el psicológico su relevancia se encuentra en la conformación de la identidad individual ya sea del hombre o la mujer; el género también se construye simultaneamente con otros sistemas de diferenciación social como por ejemplo: la clase, la raza y la etnicidad” (1)

Al hablarse de género nos referimos no sólo a una categoría individual, sino también a una relación social que moldea la identidad del

individuo, ya que la identidad por otro lado, es el marco interno de referencia que nos permite respondernos quienes somos, que hacemos, que queremos y a donde vamos. la identidad tiene por tanto toda una carga valorativa llena de significados y de significantes. Esto no importa que el individuo lo acepte convencido o queriendo formar parte del rol impuesto. la sociedad determina la identidad que deberá asumir, ya el como lo acepte o lo viva dependerá de cada individuo, la familia, en fin del papel que le toque jugar y como quiera hacerlo.

Varios factores intervienen en la conformación de la identidad femenina, sin embargo, la determinante se encuentra en el plano social, donde los principales actores son los padres. Ellos moldean para dar pauta al proceso de identificación del individuo, en la mujer, la figura materna le transmite todas las características dejando así una base sólida en cuanto la autoidentidad que tendrá la futura mujer o bien la clara idea de como es la identidad de una mujer dentro de la sociedad. (2)

Para abordar y el tema de la mujer en México, es por demás necesario enfatizar la falta de conciencia propia tiene la mujer sobre el papel que le corresponde dentro de la sociedad, como podrá observarse a lo largo de la historia en el mundo pero específicamente en nuestro país ha desarrollado las actividades, pensamientos, y disposiciones de acuerdo a como se ha dictaminado sobretodo en base a su esencia natural, es decir, se le ubica y asume el papel de procreadora, cuidadora, y dependiente.

"Para una mujer, ser mujer no pasa por la conciencia,. Es necesario construir una voluntad política y teórica para historizar lo que nos constituye por naturaleza" (3)

Simone de Beauvoir hace más de cuatro décadas en su obra el Segundo Sexo escribió: "no se nace mujer: una llega a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad de la hembra humana. La civilización en conjunto es quien elabora el producto"

Hasta el siglo XVIII, la mujer es considerada como una criatura necesaria, útil irracional y sobretodo que estuviera al servicio del hombre ya que no piensa como éste por lo que es incapaz de llevar a cabo actos que la hagan merecedora de honor. En tanto el hombre se autonombra como ser superior, la mujer respondía efectuaba acciones y pensamientos de acuerdo a como le había sido impuesto considerando su aparente debilidad y sentimentalismo que le otorgaban el papel de ejercer la función de cuidadora de la casa y de los hijos (4)

Desde la creación de la sociedad mexicana o sea desde la Conquista, la mujer fue utilizada como sirvienta o como mero objeto de proceación. En la Colonia la historia de la mujer es una biografía de desgaste, de manipulación y de enajenación. La independencia y la Reforma no trajeron más que algunos avances como el de tener acceso, en forma privada, a cierto tipo de educación. Pero la mujer de clase media no podía ir a la universidad. La Revolución Mexicana por primera vez, le da a la mujer la posibilidad de tener un puesto de mayor relevancia e inclusive de entrar a la universidad; de votar a partir de 1952. Pero de cualquier forma, su biografía sigue siendo una biografía de desesperación (5)

Existe un conjunto de cualidades y características esenciales que definen como a la mujer como ser social y cultural genérico, que dentro de

un esquema permitido será como pueda relacionarse económica, social y políticamente.

La condición de la mujer lo constituye el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y todas aquellas donde tenga que desempeñar algún papel independientemente de su voluntad y de su conciencia.

La existencia como tal de la mujer será a partir de sus condiciones reales de vida, formación social en que nace, vive y muere, como hayan sido sus relaciones, el grupo de clase, tipo de trabajo (si es que tuvo), su adscripción familiar así como los niveles de vida y el acceso a los bienes materiales y simbólico. Predominante así como determinante será la religión, relaciones con otras mujeres, hombres, costumbres y tradiciones propias, ya que éstos propiciarán la capacidad de aprendizaje, sobrevivencia en la sociedad donde debe vivir, disposición al cambio, autoidentidad y particular concepción del mundo y de la vida.

Marcela Lagarde explica que la mujer es vista como abstracto ser social, y que las mujeres como lo real concreto y así la existencia social. Cada connotación tiene su significado específico, no son sinónimos ni tampoco plural o singular entre ellos.

"La mujer es el género femenino y a su condición histórica; expresa el nivel de síntesis más abstracto: su contenido es el ser social genérico" Las mujeres es la categoría que expresa a las mujeres particulares y se ubica en la dimensión de la situación histórica de cada una: expresa el nivel real-concreto: su contenido es la existencia social de las mujeres, de todas y de cada una. (6)

De acuerdo al contexto en que se vive puede notarse que el mundo masculino ha convertido a la mujer en un ser de segunda clase, marginado y supuestamente débil, ha hecho que viva sólo como un objeto sexual, explotada y humillada, ésto no ocurre sólo dentro de la cultura subdesarrollada sino también en la desarrollada

Las ideas, las formas, las expresiones, el modelo de comportamiento que ha sido impuesto por la cultura masculina, en función de lo que ha decidido que debe ser lo femenino: dulce, suave, trabajadora, fiel, madre amorosa, esposa abnegada; o bien la posición diametralmente opuesta, la forma donde la hace ver satanizada, traidora, o simuladora, con ambiciones malsanas que no hace sino explotar al hombre. En estas dos versiones donde no hay un punto medio sino que son totalmente antagónicas, la mujer jamás aparece como un ser humano. Es en realidad, el objeto y la creación de la ideología masculina.

Esta actitud se presenta claramente en todas y cada una de las relaciones que la mujer tiene que ejercer durante su vida: en la relación padre-hija, luego en la relación esposo-esposa, donde la mujer jamás podrá ser soberana como sujeto.

Es claro que la situación situación económica y social siempre ha estado por debajo del hombre. La mujer entonces es educada para creer que su dependencia y explotación o bien puede dársele el nombre de compañera es producto de la historia natural sin percibir que es el resultado de un hecho social.

Como lo ha expresado Simone de Beauvoir los hombres y las mujeres no han compartido el mundo por partes iguales. Ni en el plano

sexual, ni en el plano moral. Pero la mujer tiene que aceptar las imposiciones porque ha sido formada para depender y someterse al hombre. (7)

En la cultura patriarcal la mujer se define casi siempre por sus sexualidad, ya que ésta le permite tener el status procreadora y erótica, los cuales si sabe manejarlos podrá hacerlo a su conveniencia, pero siempre habrá un porcentaje que le represente en ocasiones una pérdida significativa que se resume en la ejecución de sus propios actos, sin el razonamiento pleno de la conciencia.

La sexualidad femenina como hecho natural y el trabajo masculino como hecho social y cultural que han hecho una clara diferenciación entre ambos, ésto ha sido enfocado ideológicamente como una relación entre lo inferior y lo superior, lo natural y lo civilizado. La sexualidad es pues uno de los ejes fundamentales de lo cultural.

Las mujeres como tales son clasificadas como seres que requieren de otros los hombres, los hijos, los parientes, la familia, la casa, los compañeros, las autoridades, en fin deben mostrar una dependencia vital como mujeres con los demás, ya que el plantemiento es el sometimiento al poder masculino o a las instituciones.

La mujer constituye pues todos aquellos conceptos que fuera del ámbito material pueden imputarse a una mujer, si bien es cierto que cada grupo social, cada etnia, cada religión le atribuye determinados características, lineamientos que la convierten en mujer, es cierto que en la mente de todos al decir la palabra mujer se tendrá un concepto y sobre todo será el concepto que cada mujer deberá aprehender como tal para

estar dentro del grupo de las mujeres, las cuales aún a pesar de tener individualidad entre sí tendrán las mismas características, pensamientos y argumentos que le permitan ser aceptadas por su sociedad y pertener así a las mujeres aceptadas y reconocidas como tales.

Así pues, cada mujer sintetiza la condición y la situación específica que la define, pero su vida es única porque sólo ella sintetiza de esa manera tan específica la forma en que pertenece a grupos de adscripción distintos. en esas condiciones particulares y sólo ella hace de sus subjetividad una síntesis creativa exclusiva y de su vida un hecho único, finito, irrepetible.

Es evidente que la opresión no ha sido una característica inherente a la condición de la mujer a lo largo de la historia, la opresión patriarcal ha tenido su contexto desde tiempo atrás, desarrollándose en la mujer a partir del surgimiento de determinados hechos concretos. según expresan Mogan, Bebel, Engels, ya que sostienen estos autores que es a partir de la propiedad privada que surge la opresión a la mujer, y citan tres principales causas donde se nota lo anterior 1.-la división sexual del trabajo que terminaron denominando 2.- división natural del trabajo, ya que se apoyaron en tanto la cualidad natural de cada uno (hombre y mujer) y por último 3.-el criterio clasista derivado de relaciones de producción.

Difieren las autoras contemporáneas quienes plantean complejos procesos de estructuración de la opresión conformados por la apropiación e grupos ajenos a la mujeres, de su sexualidad, por la escisión de ésta por la sujeción, la exclusión la dependencia, etc. "el feminismo es un aporte a la unidad humana porque devela la separación real entre los seres humanos y

la intolerancia a la diversidad, de ahí que el feminismo sea a la vez crítica de la cultura y una cultura nueva" (8)

El hecho definitivo se da cuando estallan las dos guerras mundiales del siglo XX y la mujer tiene que ocupar puestos en las fábricas y en las empresas donde demuestra que es apta para cualquier empleo. Sin embargo al acabar la guerra, la mujer vuelve a su condición de objeto y de reposo para el hombre. Pero este incidente marca el cambio en muchas mentes de mujeres y aún de hombres. (9)

Si bien es cierto que el movimiento feminista sobre todo después de los años 60 ha sido lo bastante arbitrario en su exhaustivo análisis de la situación que vive la mujer, es también claro que si ha prevalecido es porque existe un descontento de un número representativo de mujeres que se preocupan por el lugar que quisieran tener dentro de la sociedad

Se calificó de arbitrario y análogo al sentimiento del hombre de querer ser quien tiene el poder dentro de la familia, porque es así que se regían los primeros decálogos por llamarle de algún modo a las participantes de movimientos feministas donde en su búsqueda de amor no hacían sino oponerse a lo establecido. Sin embargo a pesar de lo obstinado que pueda ser, es notorio por demás en la sociedad que se ha iniciado un proceso de cambio y apego a continuar siendo víctima del hombre al someterse a él sin cuestionamiento alguno.

No es estar en contra de ciertas normas sino el plantear abierta y razonadamente la causa real de la repartición de las mismas.

En entrevistas realizadas en el estudio hecho por la historiadora Shere Hite a mujeres se denota un dejo de tristeza, abatimiento, soledad,

frustración en el plano emocional y en sus relaciones con hombres, desesperación y porque no decirlo búsqueda por tener un lugar dentro de la sociedad y sobretodo del seno familiar que le permita sentirse libre y desarrollando sus propios talentos.

Las relaciones con hombre (íntima o amorosa) se desarrollan siempre en privado, donde generalmente es él quien tiene el poder, determina lo que ha de realizarse y por otra parte quien por medio de agresión verbal o física la hace someterse a sus deseos y necesidades (10)

Educación y Cultura en la Mujer Mexicana

Después de la conquista, la educación juega un papel fundamental en la estructuración de la nueva sociedad, no sólo es la transculturización sino el rompimiento de esquemas religiosos prehispánicos. Surge así una estrategia, en donde la educación está entretejida con la novedosa filosofía religiosa; se sugiere esto ya que en 1532 Fray Pedro de Gante funda en Texcoco la primera escuela de América, posteriormente en Tepetzotlán se discutieron las más importantes corrientes filosóficas de la época.

Las mujeres de aquella naciente nación seguramente compartían independientemente del lugar de origen un esquema de conducta que les circunscribía como quehacer fundamental: su hogar. Sin embargo, las mujeres cuyo nivel económico lo permitía, podían disponer de tiempo para dedicarse a las tareas intelectuales, siendo motivo de estudio en esa época la lectura, escritura, matemáticas elementales, música, religión y labores femeninas como bordado, artes culinarias zurecido y modales que fueran

gratos a los ojos de los hombres, preparándolas así a convertirse en buenas esposas. Estas actividades se impartían en forma escolarizada en las instituciones como colegio, conventos y beaterios.

Paulatinamente, las ideas sobre el derecho a la educación independiente del sexo permean la fuerte oposición que existía en general en esa época y así encontramos un escrito que promueve una escuela para niñas en el estado de México alrededor de 1820, en el que cabe resaltar las ideas que acerca de la educación femenina se tenían "Señoras: No hay que espantarse por el mucho trabajo de vuestras hijas, todo lo harán en proporción de sus tamaños, pero es indispensable instruir las como a los hombres y en las mismas máximas, según su clase y estado, y entonces tendremos mujeres sabias, honradas y capaces de inspirar a los hombres la noble emulación de las virtudes y no ídolos y adornos, que no exijan sino incienso y adulaciones." (11)

A partir de 1900 el número de mujeres integradas a la educación ha crecido en términos absolutos y relativos, respecto al crecimiento de la población.

Por cada mil varones y cada mil niñas que acudían a alguna institución de enseñanza en 1900 teníamos había en 1970, 11,700 niños y jóvenes y 17,800 niñas y adolescentes. Si se considera sólo a quienes asistían a algún centro educativo post-primario, las diferencias son también sorprendentes: por cada mil jóvenes y cada mil mujeres que se encontraban en esa situación en 1900 teníamos en el último año censal casi 102,500 hombres y más de 143,000 mujeres.

Algunas estimaciones estadísticas indican que el sector estudiantil femenino, creció, entre 1900 y 1970, 232.42% más que la población femenina entre los límites de edades apuntados y el sector estudiantil masculino aumentó 184.72% más que la población masculina

La población escolar femenina es más significativa, desde el punto de vista estadístico sólo en el nivel primario, donde incluso supera ligeramente la proporción masculina. El total de personas que hasta 1970 habían recibido la instrucción elemental era de poco más de veintidós millones de personas, 55.8% de la población de 6 y más años, de los cuales 27.8% correspondía a los hombres y 28% a las mujeres.

En el nivel medio aún cuando se manifiesta un crecimiento importante en cuanto a participación numérica, actúan los factores antes mencionados para determinar el tipo de educación al que se orientará la mujer, su deserción y escasa participación en los niveles superiores. (12)

La labor educativa ha sido a lo largo de la historia una permanente lucha por la superación en la conciencia y absoluto convencimiento de que es la vía adecuada para lograr el crecimiento de los pueblos. sin embargo la educación de la mujer siempre se ha visto como un factor no necesario en este proceso: al margen de considerarse para la educación primaria la educación superior fue privativa de los hombres. (13)

Tanto la educación como la cultura resultan de un proceso mediante el cual siempre ha estado por demás dividido en cuanto si es varón o es mujer, ya que el uno no puede ser semejante al otro, el papel que al nacer tienen ya posicionado dentro de la sociedad impide que pueda hablarse de una equidad, por el contrario, existe la estrategia diferente para

cada uno. así como también pareciera ser un destino ya señalado desde entonces.

Así podemos observar que cuando la niña es mayor que los varones, necesariamente será una madre adoptiva de sus hermanos, estando al cuidado de ellos desde la más tierna edad. En alguna clase social es común ver a la hermana cargando a su hermano menor y es sabido también que la disminución de talla en las niñas se debe, entre otras causas, al aplastamiento que sufren los cartílagos de los huesos largos porque a temprana edad se les sobrecarga con el hermanito

Esta identificación con la figura materna subsiste en los siguientes años hasta configurar a la abnegada mujer, la ab-negada, la que niega su personalidad y muchas veces sacrifica su oportunidad de estudio en bien del hermano, conformándose con una instrucción mediocre para sacar adelante el título del hombre de la casa.

Ya en la familia primaria resulta que la madre, es la principal promotora de la desigualdad, sanciona estas diferencias, las autoriza y las fomenta dando el ejemplo de que es al hombre al que hay que servir primero que a nadie por la simple razón de ser hombre.

Apenas despunta el hombre, a los doce años o menos, se le entrega parte de su libertad enviándolo a la calle a jugar, con el consiguiente peligro físico y moral que sin embargo debido a su condición es fácil que pueda soslayarla.

A la mujercita será importante cuidarla porque parte de su educación contempla adiestrarla en la conservación de su virginidad que todavía dentro de la sociedad mexicana es considerada como patrón de

conducta y sello de garantía para cuando llega el matrimonio además de que así podrá la madre de ésta conservar el título de la madre que supo cuidarla hasta el momento que sale del hogar paterno.

La mujer debe complementar su educación no sólo en la escuela sino dentro del seno familiar. Es el primer paso a la cultura. Para ello habrá de tomar en conciencia de su propia marginación, sean cuales fueren su edad y circunstancias. Esta mutilación mental de que es víctima desde su formación educativa debe ser valorada en su terrible consecuencia para tratar de corregirla. Porque esta situación adversa se traduce en otra básica: su marginación económica. (14)

Un dato relevante es el ingreso de la mujer a la vida fecunda seguida de la maternidad temprana que tienen estrecha relación con la deserción escolar: A los 11 años de edad, cuando la menstruación se ha iniciado en una reducida proporción de mujeres, estudian 782 de cada mil. Un año después, cuando esta condición es más frecuente, acuden a instituciones educativas 701.86 al millar y a los 13, cuando está generalizada casi por completo el índice de asistencia llega ya a sólo 584.02 al millar. La reducción en las tasas de asistencia escolar masculina es menor pronunciada: de 703.70 al millar a los once años de edad, descienden a 680.66 al millar a los 13. En cuanto a la maternidad deben destacarse varios hechos. El primero es que a los diecisiete años de edad ya hay más mujeres con hijos que mujeres que todavía estudien. El segundo es que el descenso en los índices de asistencia es correlativo al aumento de las tasas de maternidad. a los 15 años de edad asisten a la

escuela 173.89 mujeres y han dado a luz 36.68 al millar y son madres 233.93 de cada mil.

Entre los 12 y los 19 años de edad muchas de las mujeres con hijos tienen ya dos o más de hecho casi el 42% y que nueve de cada cien dado ya a luz entre 7 y 8 hijos. La insistencia en este punto no es gratuita, ya que resulta imposible intentar valorar objetivamente el grado educativo de la mujer sin tener presente la existencia de aquellos patrones culturales que resultan adversos a su preparación. Aunque existen algunos leves indicios de que está aumentando la edad a la cual las mujeres mexicanas suelen tener su primer hijo, esto sucede con gran lentitud. Mientras los patrones culturales que mantienen esa tendencia no cambien de manera radical, es difícil esperar una mejoría decisiva en el grado de educación que alcancen las mujeres. (15)

La mujer que no es independiente económicamente, es decir que genere sus propios ingresos con un empleo o negocio, permanece como menor de edad, supeditada a lo que bondadosamente quiere darle su compañero de vida, pese a que como servidora del hogar está generando capital con su trabajo no remunerado, pero que debido a la mutilación de la que se habla anteriormente está perfectamente diseñada a realizarlo sin darse cuenta que es productivo, pero se mantiene al margen de obtener su autodependencia.

Requieren de análisis ciertos actos como por ejemplo: el preferir al hijo varón dándole desde la cuna concesiones por encima de la igualdad de la hija. He aquí la conducta encadenante donde al hombre se le educa para el mando, la supremacía, el manejo de empresas, el dominio de otros

hombres, núcleos, sindicatos, asociaciones. Hasta hace poco la mujer ha sido educada para la pasividad, la ternura, el terror al peligro, el lloro manipulador, la sumisión servil y la intuición y ésta última puede a veces ser digna de alabanza o bien objeto de menosprecio y sometimiento al hombre.

Hace cien años en nuestro país, en 1870, se promulga el Primer Código que establecía claras desigualdades para la mujer a pesar del liberalismo.. Este código la situaba en condiciones de menor de edad ya que, entre otras cosas, no podía la soltera menor de treinta años, sin permiso del padre, disponer de su persona, trabajar, estudiar o hacer digna vida independiente; ni siquiere la casada era apta, sin permiso del marido para adquirir o administrar bienes, contraer obligaciones por escrito y comparecer en juicios.

La moda podría fungir como medidor claro respecto al avance de la cultura o bien el progreso, avance o diferencia entre una época y otra, al reparar en los vestidos de nuestras bisabuelas, intrincados como selvas entre presillas, gorgueras y entredoses, propiciaban la inmovilidad física. Esta inmovilidad correspondía a la actitud femenina de ese tiempo: sólo los movimientos suaves, delicados, envueltos en ropajes artificiosos y complicados. El pensamiento femenino apretado como el corsé por las varillas de los prejuicios, usando el romántico desmayo como único argumento aleatorio a circunstancia. La mujer, con gran púdica, deslizado su decoro por jardines y paseos o arrastrando su docilidad y mansedumbre del brazo de su amo y señor contrastan con la época actual, sin embargo

aunque en forma velada sigue persistiendo la idea clara para lo que es educada

Por cierto, quiero hacer notar que en la mujer "mi señor" ha sido reverencial, pero en el hombre "mi señora" ha correspondido a la idea de propiedad o pertenencia donde es el dueño de sus actos, deseos y hasta pensamientos, además de que un mal acto de su mala mujer puede ser exhibido y entendido como atentado a su honor. (16)

Trabajo

"Las sociedad ha especializado a los individuos en cuanto a formas particulares del trabajo, en ocasiones de manera excluyente; de manera generalizada. La diferencia física evidente les ha servido como principio clasificador por sexos para definir el acceso al trabajo. Así, el trabajo es uno de los fundamentos de la división genérica de la sociedad y la cultura, en cuanto varía la relación específica entre sexo y tipo de actividad permitida, obligada o prohibida." (17)

El problema es que en nuestra sociedad nos encontramos en una situación de injusticia social donde se reconocen ciertas obligaciones de la mujer, pero no se quiere reconocer sus respectivos derechos en cuanto expresados por la propia mujer (18)

Actualmente todavía hay quienes siguen considerando que las funciones propias de la mujer requieren que dedique todo su tiempo al hogar, aceptando tan sólo que trabaje cuando existan razones de índole económica u otras causas como viudez, divorcio, es decir situaciones que la obligan a depender de ella misma y que la conviertan en sostén de la

familia. El rechazo social al trabajo fuera del hogar se origina en la creencia de que los hijos quedan descuidados o bien que la esposa es insustituible en sus funciones de vigilancia doméstica y educación de los vástagos. El panorama se modifica cuando la colectividad asume parte de estas cargas y ayuda a la trabajadora, estableciendo guarderías infantiles, jardines de niños, alimentación complementaria en la escuela, etc. El que los hijos de la mujer trabajadora se acojan a estos servicios no significa que su situación sea inferior a la de aquellos cuya madre dedica su tiempo completo a las labores hogareñas, pues las estadísticas demuestran que aquellos no tienen problemas de desajustes o índices de aprovechamiento inferiores a los hijos de mujeres que permanecen fuera del mercado de trabajo. Los problemas de abandono y desadaptación en niños y adolescentes, obedecen más bien a falta de atención e incompreensión de sus problemas situación que puede ocurrir indistintamente en los hogares de mujeres trabajadoras o no trabajadoras. (19)

Existen elementos determinantes como el orden económico y cultural que intervienen para limitar el acceso a hombres y mujeres en cuanto a educación y por ende a trabajo. No sólo son los factores ya mencionados, han reforzado en forma desfavorable para la mujer fundamentalmente la estructura del mercado de trabajo así como prejuicios tradicionales que la orientan a tareas ligadas al matrimonio y/o la maternidad.

"Al igual que en otras áreas de actividad donde la mujer no tiene una participación importante vemos que no son factores de tipo legal los que intervienen sino, por el contrario, que la situación parece actuar en

contra de los principios que postula la Constitución y que han sido sin duda impulsores definitivos del desarrollo social hasta ahora alcanzado." (20)

Actualmente podríamos hablar que en general la mujer coopera al gasto familiar. Tomando en cuenta ésto, no sólo es razonables que en el seno de la familia su opinión valga, sino que sus gustos sean considerados que su deseo de tener más o menos hijos sea tenido en cuenta, etc. en realidad la mujer adquiere automáticamente todos los elementos para hacerse oír.

Sin embargo con justificación de reivindicaciones que nos da la Iglesia o la moral es perfectamente concebible que mujeres totalmente independientes sigan de todos modos desarrollando modelos de conducta tradicional. (21)

"Las causas de que la mujer reciba una instrucción cuantitativa y cualitativamente inferior a la del hombre se debe también a las actitudes familiares que determinarían, con mayor frecuencia entre las mujeres la no asistencia o deserción temprana para dedicarse a tareas de apoyo doméstico o de contribución al ingreso familiar, para orientarla hacia carreras cortas o de entrenamiento rápido que permitan también un apoyo económico adicional ese núcleo e incluso, para que deserte o no ejerza una profesión superior. Todas estas causas giran en torno a la idea de que la actividad fundamental de la mujer es la procreación." (22)

Aunque las mujeres siempre han trabajado existen dificultades para definir su trabajo, ésto es debido a que se le juzga a partir de la división histórica del trabajo, como natural, como característica sexual también porque una parte de su trabajo le ocurre y lo hace, en y por

mediación de su cuerpo, y no es diferenciada de él como una actividad social creativa por ende, el resto del trabajo de la mujer, es derivado naturalmente del trabajo no concebido como tal, esto que pareciera ser un mero juego de palabras, podría decirse que explica la causa exacta de porque es tan difícil ubicar a la mujer como trabajadora, en la misma manera en que se hace con el hombre.

Sucede que buena parte del trabajo de las mujeres es extensión de la procreación y de la reproducción. "No separar conceptualmente lo que ocurre a la mujer dentro de su cuerpo en la reproducción, del trabajo de reproducción que hace la mujer con la mediación de su cuerpo, ha sido además mecanismo de comprobación para considerar hecho natural y no social a este último.

El trabajo de la mujer es productivo, porque la mujer produce con la totalidad de su ser concretada en su cuerpo, seres humanos: los recién nacidos, es reproductivo en cuanto reproduce a través de la reposición cotidiana, condiciones esenciales para la vida de los individuos de todas las edades.

Es reproductivo porque reproduce física, económica, ideológica, afectiva, erótica y políticamente a quienes está adscrita." (23)

Con este análisis se deduce que el trabajo femenino o bien gran parte del trabajo social no es conceptualizado como tal, ya que es la mujer quien lo efectúa, me refiero al llamado trabajo doméstico, es decir, del quehacer, cuidar a los niños, brindar atención al esposo incluyendo claro está el no llamado trabajo productivo y reproductivo

Por otra parte es importante hacer notar y no perder de vista que el estereotipo antes mencionado predispone en gran medida al estado de ánimo sentimientos y autoconcepción cuando una mujer no cumple con las actividades que debe hacer, de tal suerte que todas aquellas mujeres que no reproducen son consideradas dentro de una connotación distinta al resto que si han logrado cumplir con el objetivo para el que fueron educadas desde que nacieron.

A cambio de no reconocerle como un trabajo las actividades impuestas, obtiene la necesidad de estar trabajando y ésto la conlleva a la doble jornada significa que en el tiempo que se tiene dispuesto para realizar un trabajo en el día, la mujer lleva a cabo dos jornadas distintas. En concreto, muchas mujeres realizan trabajo público en su propia casa (trabajo a domicilio) o por el contrario realizan trabajo doméstico (quehacer) en lo público (en oficinas, calles, escuelas), o hacen trabajo público que es doméstico (quehacer) en el ámbito doméstico de otra (como sirvientas)

Actualmente en México el mercado de trabajo al que puede tener acceso una mujer, presenta altos niveles de discriminación.

Podría decirse que el hombre nunca ha tenido hasta el momento en que estamos viviendo, problemas de disponibilidad al trabajo como el que se le presentan a una mujer, y aún es necesario añadir que dentro de ellas existe una escala. Es necesario señalar aquí, que la mujer soltera tiene ciertas ventajas sobre la casada, no digamos ya sobre aquella que tiene hijos.

Es ésta última la que mayores problemas tiene para emplearse, para conseguir un empleo en el que pueda proyectarse con toda su

potencialidad. La atención de los hijos requerirá mínimamente de ciertas horas del día, mismas que deberán descontarse forzosamente de su jornada de trabajo remunerado. Esto necesariamente elimina posibilidades de proyección profesional ya que no es lo mismo un trabajo de medio tiempo - suponiendo que lo encuentre- que uno de tiempo completo. (24)

Hay un punto que es muy claro: el volumen de trabajo que debe realizar alguien que es madre y también esposa es más o menos homogéneo dadas las condiciones señaladas. Depende del nivel económico, de la posición económica y de que lo haga con ayuda o completamente sola.

En México la sobreexplotación y marginación a las mujeres resulta una constante en las empresas en general .

La participación de las mujeres en la población económicamente activa que incluye además del trabajo industrial, los catalogados como servicios, los profesionales y otros, las mujeres se han incorporado a espacios de producción y trabajo a los que no se les deja incorporarse en todos los niveles, toma de dediciones, desarrollo de algunas actividades, etc. Ideológicamene, sin embargo, se construye la idea de que las mujeres son ajenas a la máquina, a la fábrica, a la producción, a la calle, al dinero y al salario. Nada más falso. Las mujeres siempre han trabajado productivamente, que históricamente se haya manipulado la educación e información existente sobre la incorporación al trabajo ha dado como resultado la situación actual que vive en los trabajos o bien que ella misma decida no producir ni reproducir los conocimientos que tenga y pueda desarrollar dentro del ramo de trabajo denominado como tal..(25)

La situación de la mujer obrera es algo muy distinto, ya que las necesidades económicas de esta clase han obligado siempre a que ella deba salir de su casa a trabajar. Por ello es que en este grupo el que la saquen a una de trabajar es una muestra de mejora en la escala social, claro que el hombre deberá estar de acuerdo con el horario, funciones, ya que ella vive escuchando constantemente que la sacará de trabajar o bien consiguiendo nuevos trabajos que no disgusten a su esposo. (26)

"El estereotipo femenino que permea todas las clases sociales, el ideal a alcanzar es el de la mujer que no trabaja por un salario, para muchas mujeres se expresa en el deseo de encontrar un hombre que las saque de trabajar. Esta contradicción entre mujer y trabajo es interiorizada por la mayoría de mujeres que están convencidas de que el trabajo doméstico no es trabajo."

La conciencia social definida por la ideología de la naturaleza femenina contiene la idea de que lo relativo a la mujer es asunto de la naturaleza y no de la sociedad y la cultura, que se origina en los instintos, tan ajenos al trabajo y a las capacidades intelectuales. Esta ideología es uno de los elementos de compulsión extraeconómica que permiten la mayor explotación de las mujeres en relación con los hombres y en ese sentido una mayor opresión de clase para ellas, pero también para la clase en su conjunto. Se expresa en salarios desiguales, en prohibiciones, exclusiones u obligatoriedad laborales, en sobreespecialización limitante, pero no es sólo eso. Es una específica forma de explotación de las mujeres por su género.

Cuando la mujer mexicana trabaja lo hace bajo la presión de valores que definen su condición social de manera exclusiva, ella debe estar en su casa, adentro, y su capacidad económica debe quedar al servicio de la causa doméstica. Además la decisión sobre si debe o no hacerlo no le pertenece (27)

La idea de que la mujer, puede ocupar los mismos puestos que cualquier hombre, tiene aún serias limitaciones. La primera y que surge desde el seno familiar es: la atención a los hijos. Las demás son derivadas de esta primera ya que en el propio desempeño laboral, se le cree limitada o bien incompetente para realizar ciertas funciones. La mujer necesitaría sustraerse de ciertas estructuras emocionales e inclusive ideológicas ya sea que viva sola o con su pareja.

Es necesario señalar también que las diversas soluciones que cada mujer da a esta problemática en nuestro país se basa en la concepción que ésta tenga de su relación con los hijos y con su esposo, misma que está influenciada por su origen de clase y por su medio ambiente (28)

La mujer aspira a trabajar, pero cuando lo hace, se enfrenta contradicciones que su propio entorno le genera. Existe cierto tipo de trabajo que sólo será para la mujer por ejemplo la labor secretarial, es perfectamente identificado y además ha sido de los pocos trabajos que el hombre ha permanecido al margen para llevarlos a cabo él mismo.

El conflicto no sólo se presenta con los otros, con el tiempo con la capacidad de cumplimiento de los deberes, sino sobre todo dentro de cada una de ellas. Ellas son el recinto de enfrentamiento de las contradicciones sociales que sintetizan y que les dan vida. Este conflicto explicado y vivido

con angustia como incapacidad para ser buena madre, buena esposa, buena trabajadora. En general algo sale mal. La mujer resta tiempo a unas actividades para cumplir otras y muchas veces realiza varias a la vez, con el consecuente desarrollo de destrezas pero también de fallas. (29)

El que hacer con los hijos realmente no representa una limitación para la mujer campesina: el niño se va a la milpa con el padre y la niña se queda en casa ayudando a la madre mientras no van a la escuela o mientras no es necesario que la familia entera trabaje en el campo.

Por otro lado, los ratos de ocio no representan mayor problema ya que el niño tiene toda la libertad para desplazarse en el campo.

La mujer obrera, quien se desenvuelve en un ambiente por lo general urbano, resuelve el problema de atención a los hijos también a su manera. Aquí lo más generalizado es encargar a los hijos en primera instancia con la abuela, algún pariente o en su defecto con alguna conocida que no trabaje. En este sector nos encontramos con un sistema de guarderías promovidas por el estado a través del ISSSTE y el IMSS.

Un fenómeno recurrente en la mujer obrera es que la mujer más que educar a sus hijos, educa a sus nietos. Sólo cuando no está en edad de trabajar es cuando puede permanecer en casa.

En el caso de la mujer profesionista, universitaria, la situación se complica grandemente ya que ella por lo general tiene cierto nivel de preocupación en cuanto a la formación de sus hijos, y tiene además recursos para nuevas alternativas. Aquí la tendencia en cuanto a llevar a los hijos a una guardería dejarlos encargados se invierte respecto a lo que ocurre con las obreras. La mayoría de los hijos de universitarias asisten por

la mañana a la guardería y por la tarde se quedan con la madre o con algún pariente, que por lo general es la abuela.

Existen casos en que la mujer encarga al hijo con la abuela y se desentiende por completo de él de manera que sí invierte su tiempo en desenvolverse exitosamente en su actividad profesional. (30)

No se concibe a las mujeres como la integración de dos o tres definiciones diferentes en la vida. Se juzga a la trabajadora sin considerar la jornada y las responsabilidades domésticas (es mala trabajadora porque pide permisos para llevar a los hijos al doctor, para asistir a las juntas de la escuela, para...) La madre es mala madre porque sale a trabajar y abandona a los hijos, porque no se ocupa de la casa y de los otros como las demás.

Las mismas mujeres se autovaloran con incomprensión y dureza con el mismo esquema ideológico y refuerzan el conflicto en que desde luego, resultan culpables por incapaces, ineficientes, descuidadas, desobligadas. En general, los problemas que se originan por la no asimilación del trabajo son vividos por las mujeres de manera personal como problemas emocionales, como incapacidad como disgusto para hacer las cosas con culpa.

En México cientos de miles de mujeres son a la vez madres y trabajadoras asalariadas. Como madres cuidan de su casa, de su marido, de sus hijos y como asalariadas, trabajan cuidando la casa, los hijos y el marido. La doble jornada de estas mujeres consiste en las mismas actividades cada día en dos jornadas. Sin embargo, el que sean públicas para extraños (no parientes), a través de un contacto, en una casa ajena y

que medie un salario, convierten en trabajo lo que en su casa y para sus parientes es natural, por amor, por instinto o por mera obligación.

Todo el trabajo que hacen las mujeres sea en la manufactura en la agricultura, en la industria de punta o en la ciencia, se devalúa porque el trabajo de las mujeres es inexistente, invisible y esa cualidad contagia al resto de las actividades femeninas, las cuales son realizadas por sujetos inferiorizados y desvalorizados socialmente. De ahí las malas condiciones de trabajo de las mujeres y la inferioridad salarial en relación con los hombres.

Es resultado de la oposición que encontramos en México de hoy entre la función madre y la función trabajadora de la mujer. Este enfrentamiento entre los dos papeles que toda mujer vive al momento de tener hijos es lo que hace que ésta cuestiona algunas veces la validez de la maternidad. El cuestionar la maternidad como función que requiere el mayor esfuerzo y dedicación además del desempeño como intelectual o profesionalista, lleva hoy a muchas mujeres a posponer hasta el último momento o definitivamente a eliminar la maternidad como un proyecto en la vida (31)

Religión

Parecería que el surgimiento y permanencia de la religión obedece a un proceso socioeconómico que hace a la mujer débil e incapaz de crear. Ésto podría explicar la causa de que el mundo de la creación, de la cultura, de los hechos, de las ideas, de los descubrimientos, de los viajes, está hecho por los hombres, es cierto que en la historia han existido mujeres

que aporten conocimientos, descubrimientos o bien originen cambios. Sin embargo a partir de la historia misma de la religión es a partir del hombre lo que se ha de hacer, decir, pensar tal y como él lo dice.

"El hombre al plantearse como creador absoluto, también cuenta con la complicidad de la mujer. Ante esta situación, desde la organización más primitiva van transformando, creando e inventando estilos de comportamiento, ideas morales para las mujeres y para otros hombres, también débiles y dependientes." (32)

En este contexto, puede observarse, que los hombres han hecho dioses, o bien un dios, pero lo cierto es que quienes siguen el verdadero culto y adoración son las mujeres, esto le ha permitido al hombre controlar a la mujer. La familia también contribuye al buen manejo de los hilos de la manipulación y dirección sólo por parte del hombre, ya que la opresión de la mujer se origina en términos sentimentales en la voluntad de perpetuar la familia y mantener íntegra esta estructura social; en la medida que ella se escapa de la familia, también se escapa de la dependencia.

"A partir del cristianismo crea una ideología más represiva para controlar a la mujer: la religión. La mujer se somete a los designios de la iglesia. Es una religión en la cual la carne es maldita y la mujer se presenta como una tentación temible. En todos los escritos de los primeros padres de la iglesia hasta la Edad Media, la mujer es la encarnación de Luzbel: Adán fue inducido al pecado por Eva; todos los religiosos proclaman que la mujer es la abyección y la corrupción, de tal forma que hay que someterla con la imposición feroz de una religión que abomina el cuerpo, el sexo y que

hace que la mujer aparezca como pecadora y que se tenga a sí misma asco y repulsión”

Todo este cúmulo de sucesos que tienen una clara explicación, propician una serie de mitos, prejuicio, miedos, temores, angustias, terrores a la mujer.

Se puede decir que en términos históricos y sociales, la mujer de clase media ha vivido el esquema de explotación, sojuzgamiento y dependencia, subrayado por la tradicional actitud irracional de la religión católica, que impone a la mujer una situación más opresora y más dependiente en un país subdesarrollado como es México. (33)

Cautiverios

¿Porque hablar de cautiverio? esta connotación sintetiza el hecho cultural respecto del estado de las mujeres interactuando en un mundo patriarcal, es decir privación de libertad.

Las mujeres se encuentran cautivas, han sido privadas de autonomía, por el contrario se les ha hecho creer y actuar como seres dependientes. Están limitadas para decidir, pensar, incursionar.

El cautiverio caracteriza a las mujeres en cuanto al poder de la dependencia vital por las instituciones y particulares, la obligación de cumplir con el deber ser femenino de su grupo de adscripción, reducido en vidas estereotipadas, sin ocupaciones. Todo esto es vivido por las mujeres desde la posición de subordinación a que las somete el dominio de sus vidas que, en todos los aspectos y niveles, ejercen la sociedad.(34)

La conformación de la identidad de la mujer mexicana se desarrolla primordialmente en el ámbito familiar lo que le da toda una serie de peculiaridades, los puntos claves de su identidad están en su actividad doméstica y en la maternidad, rezagando el trabajo extradoméstico (actividad que permite la obtención de recursos monetarios mediante la participación en la producción, comercialización de bienes o servicios para el mercado) a segundo término. Cuando enfrentan situaciones de crisis económicas dentro de la familia es que la mujer sale a realizar esta actividad o bien mientras el esposo o ella misma se lo permita en tanto no tengas hijos. (35)

A pesar de que el transcurso de las generaciones, se han mejorado las condiciones en que se encontraba la mujer, es importante notar que el avance es desigual y lento con respecto del hombre. La potencialidad, inteligencia, creatividad siguen siendo considerados como inferiores. Se le continúa calificando como sujeto de segunda en los diferentes terrenos de la vida nacional. Puede observarse la dificultad al intentar escalar la cima hacia el poder, en cualesquier área: partidos políticos, cargos de administración pública, instituciones de educación superior, etc. La mujer que logra involucrarse y casi inmiscuirse en el ámbito laboral por lo tanto que goza de autonomía económica tiene una severa desventaja: la actividad doméstica ya que es ella quien continúa con toda la responsabilidad en este aspecto. (36)

Al postular que hay que conseguir el poder, me refiere a la capacidad de decidir sobre la propia vida, asumiendo las responsabilidades que de ésta se deriven, es decir, trascenderá en otros individuos pero cierto

es que si la mujer empieza a ser autónoma en todos sentidos se reflejará también en la sociedad actual ya que satisfecerá sus necesidades así como tendrán continuidad sus objetivos planteados. Haciendo referencia como es también en la práctica utilizado y entendido el poder puede notarse claramente como dice Marcela Lagarde "El poder se definiría como la capacidad de decidir sobre la vida del otro, en la intervención con hechos que obligan, circunscriben, prohíben o impiden. Quien ejerce el poder se arroga el derecho al castigo y a conculcar bienes materiales simbólicos. Desde esa posición domina, enjuicia, sentencia y perdona. Al hacerlo acumula y reproduce poder."

Para las mujeres es posible detectar por lo menos tres fuentes de poder:

- En las condiciones de poder más totalizadora, la mujer, obtiene de esa circunstancia y en ella ejercen poder. El menor pero gran poder del dominado consiste en ser el objeto del poder del otro. Este es poderoso porque tiene sobre quien ejercer el poder. El dominado confiere por sujeción, poder y existencia al dominador.

- Las mujeres obtienen poder también a partir de su especialización, por la realización de hechos que sólo ellas pueden hacer. Este poder emana de la condición histórica del cumplimiento de sus deberes históricamente asignados y exclusivos. Es en parte el poder de la diferencia.

- Una tercera fuente de poder para las mujeres -no como oprimidas, ni como especialistas exclusivas- se encuentra en cuanto se afirman, en cuanto satisfacen necesidades propias y trascienden a los

demás. Cada hecho positivo que acerca a las mujeres particulares y a la mujer como género a sus constitución en sujeto histórico, le confiere poder". (37)

Otro de los argumentos utilizados dentro del entorno que vive la mujer es el amor, por este sentimiento, las mujeres disponen su vida para los otros. El amor de la mujer es otorgado en exclusiva a los miembros de la familia; mientras más reducido sea, propicia que las posibilidades de amor de las mujeres hacia alguien sea más limitado, convirtiéndose así en la mujer monógama en cuanto a proveer cariño y expresar su amor. Tenemos así a la mujer monoamorosa y que debe ser monomadre.

Para la mujer amor es renuncia y entrega, tiene el significado casi exclusivo de ser-de-otros; para el hombre por el contrario, es posesión y uso de otros.

Se le ha enseñado a la mujer que su vida debe estar regida y será considerada estable por la sociedad si y sólo si se encuentra organizada en torno a la vivencia de una sexualidad destinada. Podrá elegir entre ciudadana o como fiel, como hija o como esposa, como madre. "El poder está por encima de la decisión de su propio cuerpo, en el lenguaje laico y estatal se controla su fecundidad, su fertilidad es un asunto de política demográfica en el lenguaje doméstico del amor y del poder se hace referencia a la fidelidad, a la castidad, la virginidad o a la permanente disposición a la maternidad o al placer del otro". (38)

Las mujeres conocen únicamente un modo de ser mujeres por lo que se encuentran cautivas, renunciar a ser como son, intentar cambiar significa dejar de ser mujeres de la única forma en que deben serlo.

Piensen que es imposible cambiar, que sólo hay una forma universal de ser mujeres, que siempre ha sido y será así.

"Las mujeres se encuentran cautivas de los hombres y de los dioses, de la familia y de cualquier resquicio social. Las mujeres está prisioneras en el Estado. El principal carcerlero de las mujeres son sus necesidades y su conciencia, es decir su subjetividad formada, apoyada y reproducida por el conjunto de relaciones y de instituciones económicas, sociales, jurídicas, religiosas, eróticas y políticas, que hacen a las mujeres cumplir un orden social convertido en orden vital cósmico."(39)

Las mujeres en general asumen con servidumbre algunos espacios de sus vidas, o importando la condición económica, social o cultura sin reparar si ésto les permite vivir en mejores condiciones de vida.

Una explicación a la constante servidumbre voluntaria de las mujeres debe buscarse en la dependencia, que en sus más variadas formas y manifestaciones presiona a las mujeres a vivir en cautiverio, sin libertad, bajo condiciones de opresión. Más aún, la dependencia como característica genérica es el mecanismo que hace a la mujeres renunciar al acceso a la libertad (económica, social, subjetiva, política). La dependencia es la metodología operativa de la opresión patriarcal. (40)

"Los grados de dependencia de las mujeres se definen por varios factores, entre ellos:

- La centralidad del hecho a partir del cual se establece la dependencia, tanto para el que da como para el receptor

- La valoración social sobre el sueto (particular o grupal) que ejecuta el hecho para el otro y la valoración del otro

- La propia valoración ideológica del hecho por parte de los involucrados

- El marco de relaciones de poder del cual forma parte el hecho"

(41)

Cuando hablo de dependencia de las mujeres, me refiero propiamente a todo lo que viene del exterior y las involucra a ellas como sujeto que requiere de la aprobación, manifestación, reconocimiento o permiso del otro, las mujeres son dependientes de los hombres, de los hijos, de los padres, de otras mujeres, de los otros, de las relaciones sociales de las instituciones, etc. Esta dependencia ocurre en condiciones de subordinación, de subalternidad, de dominio, es decir, de opresión.

La base del cautiverio de las mujeres es la dependencia desigual, en la subalternidad. Se trata de una dependencia vital apuntalada por el dominio de los otros. De ahí que los cautiverios de las mujeres se enmarquen en el ámbito del poder, y que cautiverio sea una categoría política, social y cultural conformada en la historia de opresión de las mujeres (42)

Uno de los mecanismos ideológicos que estructuran las formas de percibir y de interpretar la relación entre los géneros, consiste en que ubican los hechos femeninos en la naturaleza. La mujer no interviene en éstos con su voluntad, con su trabajo, con nada concebido como específicamente humano, el poder exterior y superior de la naturaleza constituye el origen, la causa y la explicación de lo que hace la mujer. Así, la naturaleza aparece como un concepto diferente según su referente sea el hombre o la mujer (43)

La mujer de clase media tiene educación. trabaja y estudia en tanto se case sabe como detectar a los solteros crónicos; a que tipo de hombre le interesa una mujer como ella; está aterrorizada por la vejez, cada año que pasa siente que es cada vez más vieja. se siente frustrada porque la sociedad de consumo le ha hecho creer que envejecer para los hombres es algo natural, ellos pueden llevar con dignidad el peso de los años, cambiar la cara, transformar su rostro; pero la mujer de clase media considera como una maldición la vejez. Me refiero obviamente a la clase media con los ingresos suficientes para poder seguir dietas, baño sauna y comprar maquillaje y aparentar siempre la silueta de eterna juventud, que es necesaria para retener al hombre, según se lo han dicho los nuevos ideólogos de la mujer a través de los medios de difusión, lo que la mantiene más cautiva aún, de no poder contemplar la experiencia y conocimiento que le dejan los años, ya que tendrá entonces dos opciones: intentar hacer todo para evitar o aletargar la vejez o bien se sentirá frustrada por no poder complacer y satisfacer y sabrá que está en una etapa de la vida donde se encierra en su propio cautiverio que ha venido formando de años atrás.

(44)

La mujer está en el mundo a partir de su dependencia en el vivir. Cualquiera que sea el contenido de su modo de vida, no hay autonomía ni maduración. En relación y con referencia al hombre es infantil está supeditada a... se encuentra sujeta a todo lo que contribuye a mantener formas de dirección y dominio sobre ella por el hecho de ser mujer.

Por su condición histórica, las mujeres son dependientes, aunque en grado y de forma diferente unas de otras. Todas las mujeres están en el

mundo a partir de la dependencia vital, aunque crean lo contrario y aunque sean percibidas unas como autónomas y otras no, de manera independiente de su conciencia. (45)

Roles (estereotipos) de la Mujer

Las mujeres en sus diversos roles y funciones familiares contribuyen sustantivamente a la procuración de la salud y bienestar en su hogar, particularmente de los niños. La madre, desde que se le ha concebido como tal, ha velado incansablemente y al decir incansablemente, me refiero a que se olvida de sí misma, dejar de ser ella, por procurar la vida de los suyos. Cuida la integridad propia y la de su pequeño durante el embarazo y parto; amamanta y vigila el desarrollo de sus hijos; cuida de sus vacunas y atiende a los enfermos; procura la limpieza del hogar y una sana alimentación. Todo ello generalmente basado en su empirismo, creencias y remedios caseros y frecuentemente bajo la atención de personajes de salud tradicionales.

En cuanto a la protección, cuidado, esmero, etc. de lo suyos, las mujeres mexicanas pocas veces cuentan con la participación y apoyo del marido de los hijos o de la sociedad en general. Con frecuencia ellas mismas ni siquiera gozan de buena salud, ni de los suficientes conocimientos para enfrentar adecuadamente esa natural responsabilidad. Muchas están incluso desalentadas, subestimadas y se sienten inseguras de como llevar a cabo esta tarea, lo que de alguna forma las hace ser más dependientes y de esta manera llevar a cabo este rol tradicional (46)

Sin embargo, conforme la mujer asciende en la escala social, el grado de dominación es mayor, mientras la explotación disminuye, corre el riesgo de descargar los problemas del trabajo doméstico y el cuidado de los niños sobre sirvientas, colegio y otras personas substitutas y así al estar totalmente ociosa, dedicada sólo a su arreglo personal, como ser humano, la mujer de clase media y alta queda reducida a ser un objeto de lujo, cuya principal función es la de ser un escaparate a través del cual se mide el prestigio y poder del marido.

La mayor parte de las alegadas capacidades e incapacidades atribuidas a los sexos, lejos de representar proyecciones forzosas de la naturaleza humana, son el mero producto de costumbres y usos, los cuales son muy diversos en las varias áreas culturales e, incluso, en las distintas clases sociales.

Cualquier discriminación contra uno de los sexos empobrece el patrimonio humano. Sin embargo, en la actualidad hemos visto que cuando se le han reconocido y otorgado derechos iguales a la mujer, esto ha acontecido más bien en un plano abstracto, sin conseguir una realización efectiva, es decir, sin que el reconocimiento de los derechos haya modificado sustancialmente las costumbres o, por lo menos, no las haya modificado de un modo equivalente.

Aparte y además de los poderes concretos que los varones siguen poseyendo están provistos del prestigio tradicional, mantenido por el proceso educativo desde la infancia, además de que en el pasado casi toda la historia ha sido hecha por el sexo masculino. (238-245)

Desde el nacimiento y antes incluso, los seres humanos son esperados y son recibidos, históricamente, con un destino. Las niñas nacen siendo madres y lo serán hasta la muerte de manera independiente de la realización de progenitura. Durante la infancia y en ocasiones más tarde aún, las mujeres son preparadas social y culturalmente para la maternidad como eje de su condición genérica por medio de la identificación con la madre. En el contexto familiar refiriéndome al discurso amoroso materno es común que las niñas sean nombradas familiarmente sobre todo por sus madres y abuelas: "mamita, madrecita" con la misma voz que son designadas ellas. El nombre es la connotación de que la niña debe verse en esta anticipación temporal y entenderla como revelación de un destino irrenunciable que tendrá que vivir, el destino es lo único a lo que la mujer no puede renunciar; en cuanto lo asume inicia una vida de permanente renuncia. El nombre es la fórmula mágica que transmitirá a la niña las cualidades del ser madre. La preparación para la maternidad es teórica pero se extiende al mundo concreto: la niña es madre de su muñeca en el espacio lúdico. A través del juego la niña aprende y se mentaliza a ser madre, aplica los conocimientos adquiridos directamente en su persona y los que elabora al observar a su madre en relación con los otros. Cuando juega con su muñeca experimenta sentimientos, actitudes y formas de comportamiento propias de una madre y al mismo tiempo es madre de su muñeca como desearía que su madre fuera con ella o bien refleja en el trato hacia su muñeca el como es tratada ella, usa a la muñeca como recipiente de sus necesidades y como satisfactora simbólica de sus envidias maternas.

No nacen mujeres, pero en breve tiempo aprenderán a serlo. Un conjunto muy complejo de relaciones, de juegos y modos de vida, de instituciones y de concepciones se articulan para construir el contenido genérico sobre ese cuerpo sexuado. La familia, la escuela, y los medios masivos, son instituciones encargadas de conformar el género a través de la educación, de la religión y de la síntesis ideológica primaria que se realiza en la familia sustancialmente a través de la afectividad. (47)

La modernización visualizada palpablemente desde 1952, al ser común y hasta automático que la mujer ejerza el derecho al voto así como ser sujeto de elección popular, cierto es también, que la mujer sigue enfrasada en la educación del rol de la preparación para casarse. Cuando es joven se le deja ir a la escuela, se le permite tener amistades encauzándosele para que consiga mantener relación con el novio oficial.

En ese momento aparece la mujer-novia donde su rol consiste en construir ese noviazgo feliz. Sueña con el príncipe azul; piensa enamorarse para siempre; al hombre del cual se enamore le entregará su virginidad trata de ser moderna, no le va a exigir a su novio que esté todo el día con ella y le permite que tenga amigos y amigas, pero con la condición de que ella sea la primera; que tenga los detallazos de no olvidar ni cumpleaños y que el día de navidad la acompañe hasta antes de la cena. La novia todavía estudia, pero si llega el novio por ella se saldrá de clase y solamente le importará su vida en función de esa relación; ya no tiene intereses profesionales, no sociales, ni políticos. Puede entonces resaltar ya la novia que está en función de esa biografía del noviazgo y que la llevará a ser cada día más posesiva, a visualizar su pequeño territorio como

pertenencia y situación de que es a lo que se debe y para lo que tiene que estar . Aconsejada (quizá no en el momento pero si en su historia personal) por la madre, no demostrará totalmente ante él que está enamorada, porque esto le hará perder poder frente a él. Adora los sábados, los días en que mamá y papá la dejarán salir a bailar con él, el viernes también pues es ir al cine a ver una película generalmente romántica. Se cuida estéticamente, aunque tiene veinte años hay que cuidarse desde ahora. A la novia le gusta cumplir los caprichos de él, entusiasmarse tanto como él por los adornos que le ha puesto al auto, por los partidos de futbol que ven en la televisión y que a su vez él le cumpla todos sus caprichitos. Sin saberlo, sin quererlo quizás, la niña y la adolescente han pasado a ser la novia manipuladora, sfisticada ya que toda su vida está centrada en este noviazgo que la está preparando para ser la mujer casada

Después de esa preparación para su verdadera carrera, la mujer de clase media llega a su objetivo principal en la vida: casarse. A partir de este momento, su vida estará en función total de la cotidianidad del matrimonio. En esta relación de amo-esclavo, el esposo de clase media que permitirá y estará de acuerdo en que las mujeres sean libres y que trabajen, pero su esposa eso sí que no; la futura madre de sus hijos debe ser una señora de su casa, y la señora de su casa poco a poco se convertirá en un manojo de nervios, y simuladora. Los primeros meses de matrimonio, la mujer casada se sentirá feliz; recordará la boda. Su vestido hermosísimo que le había costado una fortuna al novio, el banquete que fue en un salón especialmente alquilado, la música y la luna de miel. Pero transcurridos los meses y ya embarazada, empieza a sentirse nerviosa y cuando llega el

esposo ella quisiera que estuvieran todavía en luna de miel, y que la atendiera como antes y que la chiqueara. Pero ahora resulta que ella lo tiene que esperar todo el día, y como el departamento no se ensucia y como no siempre viene él a comer, tiene mucho tiempo libre. Empieza realmente a sentirse prisionera, inventa un sinfín de compras. La mujer casada no desperdicia ninguna barata, ropita para el niño, ropa de maternidad para ellas, arreglos para el cuarto del próximo bebé regalos para el jefe de su esposo, su suegra, etc. Pero hasa ahí su mundo. Está ilusionada con su próximo hijo pero siente que el esposo ya no la quiere tanto como durante el noviazgo. Día a día se vuelve más celosa, pero piensa que con la llegada de los hijos su matrimonio y su situación de mujer casada la obligarán a estar pensando que su vida tendrá sentido en relación a los hijos. Por lo pronto ella va a reuniones sociales, y todo su mundo girará en torno a esas actividades. La vida política y social del país le importará muy poco. Se conformará con las noticias de la televisión, un vistazo de vez en vez a los periódicos y hablar de modas, sirvientas y la necesidad de decirle al esposo que tiene que trabajar más, porque luego ya no podrán vivir en un departamentito. Su mundo es la familia. (48)

"Todas las mujeres por el sólo heco de serlo son madres y esposas. Desde el nacimiento y aún antes, las mujeres forman parte de una historia que las conforma como madres y esposas. La maternidad y la conyugalidad son las esferas vitales que organizan y confroman los modos de vida femeninos, independientemente de la edad, de la clase social, de la definición nacional, religiosa o política de las mujeres" (49)

A esto bien puede sumarse la idea de que algunas mujeres con hijos o casadas tienen dificultades para cumplir con su deber y asumirse como tales, o para ser identificadas como madres o como esposas, de acuerdo con los estereotipos.

En la cultura dominante, la maternidad y la conyugalidad son reconocidas sólo en tanto involucran a los hijos y al esposo, aunque de hecho, las mujeres maternalizan a cualquiera de diferentes maneras: simbólica, económica, social, imaginaria afectivamente.

Las mujeres pueden ser madres, temporales o permanentes independientemente del número de hijos y edades de éstos, ya que siempre estarán amigos, hermanos, novios, esposo, nueras, yernos, allegados, compañeros de trabajo o estudio, alumnos, vecinos, etc. son sus madres al relacionarse con ellos y cuidarlos maternalmente. Son esposas de sus esposos pero también de sus padres, de familiares, de amigos, de novios de jefes de maestros de compañeros de trabajo, de hijos, lo son al relacionarse con ellos en aspectos públicos y privados como si fueran sus esposas. (50)

En el mundo patriarcal se especializa a las mujeres en la maternidad: en la reproducción de la sociedad y de la cultura. Es la femineidad destinada, las mujeres sólo existen maternalmente y sólo pueden realizar su existencia maternal a partir de su especialización política como entes inferiorizados en la opresión, dependientes vitales y servidoras voluntarias de quienes realizan el dominio y dirigen la sociedad. Las mujeres deben mantener relaciones de sujeción a los hombres, en este caso, a los cónyuges. Así articuladas la maternidad y la conyugalidad, soñ

los ejes socioculturales y políticos que definen la condición genérica de las mujeres; de ahí que todas las mujeres son madresposas.

La madre es una institución histórica clave en la reproducción de la sociedad, de la cultura y de la hegemonía, y en la realización del ser social de las mujeres. Las madres contribuyen personalmente, de manera exclusiva en el periodo formativo y compartida durante toda la vida, a la cración del consenso del sujeto al modo de vida dominante en su esfera vital.

En particular, la madre construye el consenso al modo de vida que de acuerdo con las condiciones sociales y culturales le esperan. A través de la maternidad, la mujer-madre es transmisora, defensora y custodia del orden imperante en la sociedad y en la cultura. Sin la concurrencia de la mujer-madre no es posible la vida pero tampoco la muerte, es decir, la sociedad y la cultura. Tanto los rituales domésticos o sociales como los cuidados están a cargo de las mujeres y forman parte de su condición histórica. Desde el menor hasta el mayor grado de participación personal, las mujeres están destinadas al cuidado de la vida de los otros. Como se ha visto, el ámbito de existencia social de la mujer es la vida cotidiana. (51)

Del otro lado de la madre se encuentra la pareja, el cónyuge, el cual no es de manera necesaria el esposo, el novio o el amante, puede ser cualquier varón. Lo sustancial es el tipo de relación establecida esos individuos con su poder sobre la mujer y en la sociedad dan existencia social a las mujeres. Por ello el matrimonio o la conyugalidad no son las instituciones básicas sino sus contenidos. La mujer no tiene significación

social plena sino por sus relaciones de filiación con su padre o de parentesco con sus parientes varones, o de afinidad con su marido, todo lo cual pareciera indispensable para lograr su existencia social.

La maternidad es un complejo fenómeno bio-socio-cultural que rebasa cada uno de estos niveles y se refiere a funciones y a relaciones en el conjunto de la sociedad y en el Estado. La mujer no es una ciudadana sino una ciudadana que materniza en su doble rol como madre y como esposa-hija: la mujer no es, si no es hija o esposa y madre.

La mujer niña se prepara para ser madre, la mujer vieja se define porque ya no puede engendrar hijos; de esta manera la definición esencial de la mujer es siempre en relación a la fertilidad. La pequeña niña juega a que es madre, juega a las muñecas, a la casita, a la doctora, cuida, protege, sana, se despoja de todo para dar cabida a los otros en sí misma: en su tiempo, en sus actividades, en su territorio, en sus afectos, en sus intereses y en sus necesidades: el proceso es tan exitoso que los otros, como contenido de vida se convierten desde los primeros años de vida de las mujeres en una necesidad que requiere ser satisfecha de manera permanente, cotidiana a lo largo de toda la vida.

La necesidad de maternalizar no queda satisfecha ni siquiera al tener hijos. Su carencia y su necesidad son, por consiguiente, inagotables y permanentes. En ellas se funda la permanente disponibilidad de las mujeres para cuidar a otros, para la entrega, para el amor maternal (a los hijos o a los hombres) Las mujeres internalizan la carencia y psicológicamente buscan la plenitud y la completud en los otros. Se trata de la dependencia vital; emocional, afectiva e intelectual de cada mujer y

correponde con su dependencia en los otros aspectos de la sociedad y de la cultura, tanto individuales como de grupo. (52)

Dentro de la clase media, es donde se dan más posibilidades de rebeldía para el surgimiento de la mujer liberada, porque ella ha ido a la univesidad, porque ha viajado, porque ha tenido lecturas y porque se ha dado cuenta de la opresión y la simulación de la cultura de autoritarismo del macho mexicano. Ellas dicen que el movimiento de liberación abarca otrata de abarcar, los problemas de la mujer en su totalidad; un problema que no es económico ni político, ni psicológico, ni sexual; sino la suma de todos ellos. Por desgracia, la liberación de la mujer en México es parte también del proceso de colonización del imperialismo norteamericano. Porque muchas de estas mujeres liberadas imitan y repiten los procedimientos de la lucha de las mujeres norteamericanas que es un contexto totalmente diferente a la del mexicano. Las mujeres liberadas de clase media en México, en sus expresiones han optado por ser una caricatura del machito mexicano: fuman, se alcoholizsan, hablan con madres y padres. Hay en su rebeldía más bien una imitación pero no una convicción.

En un manifiesto del movimiento de liberación en México hecho por mujeres de clase media se lee: "Las mujeres hemos estado tan perfectamente colonizadas -tan imposibilitadas para autodeterminarnos- que ha sido difícil comunicarse, hasta entre nosotras. La costumbre de rivalizar al hombre nos ha impedido relacionarnos a otro nivel que no sea el de la competencia. Fomentada por el hombre, esta actitud de dividir y poner unas contra otras, la soportan las mujeres de la misma forma que los otros grupos subordinados. Pero el problema no se limita sólo a la comunicaci3n

sino a la dificultad de encauzar y estructurar la experiencia de opresión en una teoría que sugiera salidas: el oprimido siente su opresión y la puede expresar de diferentes maneras, lo que no tiene es intercomunicación, ni forma de estructurar y entender los mecanismos generales, responsables de su explotación. De esta manera la politización del oprimido está íntimamente ligada a una lucha por definirse y a la construcción colectiva de una teoría de su opresión.

El entender a base de experiencia directa la opresión da una fuerza especial al Movimiento pero también confronta problemas es necesario considerar las formas en que las diferentes clases expresan su manera de entender el mundo, y de ver como se manifiesta ese entendimiento.

Mientras tanto el mundo de la mujer de clase media seguirá siendo un mundo cosificador, intrascendente, donde la mujer se pierda en la metafísica de la vida cotidiana, de consumo objetal, viviendo de una manera puramente formal, ya que son incapaces de dedicarse a otro tipo de actividades que no sean el cuidado de la casa y la compra de objetos. No pueden hacer varias cosas al mismo tiempo: no pueden aprender las lógicas políticas ni culturales, y se dedican a justificar y a fundamentar el legado social lo convierten en historia natural. Mientras sean una relaciones de apariencia, de opresión de unos y otros, de chantaje y venganza de la mujer, de posesión y autoritarismo del hombre, el mundo de la clase media seguirá siendo femenino, intrascendente, irracional, maniqueo y profundamente desolador (53)

Bibliografía Capitulo Dos

- 1.- Castillo Macedo Areli
Ponencia Mecanismos de Identidad de la Mujer
Cuarto encuentro Nacional de Sociología Mexicana
UNAM 1996 San Juan Aragón Estado de México
Internet <http://www.uacj.mx/sociologia/ponareli>
- 2.- Shutz A.
El problema de la realidad social en el Sentido Común y la Interpretación Científica de la Acción Humana
- 3.- Marcela Lagarde
Cautiverios de las Mujeres
pág 25
- 4.- Gabriel Careaga
Mitos y Fantasías
pág 117-118
- 5.- Gabriel Careaga
pág. 124
- 6.- Marcela Lagarde
Cautiverios de las Mujeres
Pág 77-85
- 7.- Gabriel Careaga
Mitos y Fantasías
pág.116
- 8.- Marcela Lagarde
Cautiverios de las Mujeres
Pág.
- 9.- Gabriel Careaga
Mitos y Fantasías
pág
- 10.-Mujeres y Amor
Shere Hite
Pág.
- 11.-Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Arlette López Trujillo
Pág. 247
- 12.- Situación de la mujer en México
Programa de México para el año Internacional de la mujer
Pág 47 y 48
- 13.- -Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Arlette López Trujillo
Pág.
- 14.- Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Griselda Alvarez
Pág. 20

- 15.- Situación de la mujer en México
Programa de México para el año Internacional de la mujer
Pág 52
- 16.- Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Griselda Alvarez
Pág. 21 y 22
- 17.- Marcela Lagarde
Cautiverios de la Mujer
- 18.- Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Alejandro Tomasini Bassols
Pág. 46
- 19.- Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Leticia Cárdenas Barraza
Pág. 237
- 20.- Situación de la mujer en México
Programa de México para el año Internacional de la mujer
Pág 47
- 21.- Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Alejandro Tomasini Bassols
Pág. 47
- 22.- Situación de la mujer en México
Programa de México para el año Internacional de la mujer
Pág 51
- 23.- Marcela Lagarde
Cautiverios de la Mujer
Pág. 116-119
- 24.- Foro Universitario de la Mujer en México
La función madre y la función trabajadora un dilema de la mujer de hoy
Rosa Y. Gaytán Guzmán
- 25.- Revista Laboral
- 26.- Foro Universitario de la Mujer en México
La función madre y la función trabajadora un dilema de la mujer de hoy
Rosa Y. Gaytán Guzmán
- 27.- Leñero
- 28.- Foro Universitario de la Mujer en México
La función madre y la función trabajadora un dilema de la mujer de hoy
Rosa Y. Gaytán Guzmán
- 29.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la Mujer
Pág.

- 30.- Foro Universitario de la Mujer en México
La función madre y la función trabajadora un dilema
de la mujer de hoy
Rosa Y. Gaytán Guzmán
- 31.- Foro Universitario de la Mujer en México
La función madre y la función trabajadora un dilema
de la mujer de hoy
Rosa Y. Gaytán Guzmán
- 32.- Gabriel Careaga
Mitos y Fantasías
Pág. 118-119
- 33.- Gabriel Careaga
Mitos y Fantasías
- 34 - Marcela Lagarde
Cautiverios de la Mujer
Pág. 152
- 35.- García Brígida y Oliveria Orlandina
Trabajo Femenino y Vida Familiar en México
Parte Y y Conclusiones
Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano y
Centro de Estudios Sociológicos
COMEX México 1994
Pág. 19, 39, 225, 242
- 36 - Dra. Eli Barta
Internet CURMUJ
- 37.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 152-155
- 38.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 161
- 39.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 164
- 40.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 165
- 41 - Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 166
- 42 - Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 167
- 43.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 168
- 44 - Gabriel Careaga
Mitos y Fantasías
Pág. 124

- 45.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 173
- 46.- Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Yolanda Senties
Pág. 59
- 47.- Patricia Galeana
Condición de la mujer mexicana
Pág. 238
- 48.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 173
- 49.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 363
- 50.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 364
- 51.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 377
- 52.- Marcela Lagarde
Cautiverio de la mujer
Pág. 389
- 53.- Gabriel Careaga
Mitos y Fantasías
Pág. 130-133

CAPITULO III
Psicología Realista
PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Las consideraciones que se presentan a continuación conforman la propuesta que el Dr. Juan Busco Abascal plantea como una propuesta de terapia.

Considera que es necesario conocer y analizar el efecto que ha ocurrido durante el paso de los años sobre nosotros respecto a nuestros padres, líderes, jefes, gobernantes, educadores, maestros, así mismo, saber que es lo que estamos haciendo con nuestros hijos, subordinados, seguidores, agremiados, gobernados, súbditos, para finalmente determinar como es la escala de valores y virtudes en las que se viven para de estar forma saber cuales son las actitudes que deberían modificarse para bien de cada uno. (19-41)

El Dr. Abascal considera y encamina todas las energías terapéuticas a lograr "como hacer que mis hijos quieran hacer, decir, pensar, sentir, decidir como a ellos y a todos conviene, en función de nuestro Bien Común e Integral con relación a nuestro Destino Final." (48)

Considera como punto medular invitar a la reingeniería de valores y virtudes. Advierte que es necesario aprender a practicar constantemente los principios sobre los cuales descansa todo el proceso, así como acercarse humildemente a este intento de búsqueda de equilibrio en el que se tocan y se interrelacionan la Ecología, la Biología, la Psicología, la Sociología, la Filosofía y aún la Teología.

Lo anterior habla del esfuerzo por reconciliar las Verdades Universales con la ciencia de nuestro tiempo

Propone él los siguientes objetivos y beneficios que se exponen a continuación

1.- Conocer lo más objetivamente posible en que Valores, Virtudes y Mitos se basan las decisiones cotidianas (de ejecutivos, empleados, padres de familia). Este conocimiento sirve para anticipar tendencias, comportamientos, decisiones y consecuencias tanto en los ámbitos individual, familiar, social y empresarial, como en el que hacer en psicoterapia.

2.- Realizar una comparación de los valores de cada quien con los valores de los otros (pareja, hijos, padres, maestros, etc.) Para realizar nuevos acuerdos o separaciones; revalorizar relaciones, evitar conflictos cuya raíz radica en subjetividades arraigadas a valores opuestos entre sí.

3.- Contar con una base mensurable y sólida para analizar las diferencias significativas que existen entre diversos grupos, instituciones, empresas, clases sociales, familias y personas.

4.- Comparar una escala de valores concreta, referida a un grupo o persona específico, contra una escala universalmente válida. Se establece diagnóstico integral de personalidad y se hace ver a los pacientes en dónde puede radicar su herejía existencial. (52-53)

Una de las diferencias importantes que encontré en esta propuesta es que en este caso el terapeuta intenta inducir, guiar o bien enseñar los valores universales, lo que significa que las propuestas anteriores enriquecen el conocimiento de sí mismo y al terapeuta le arrojan

datos relevantes, sin embargo, de antemano existe por parte del terapeuta la convicción de conocer los verdaderos valores.

Propone que, en tanto la gente "aprenda a equilibrar sus fines personales con los fines de la Organización a la que pertenece y si tiene presente que una coincidencia dentro de una Escala Universal de Valores, necesariamente produce los Bienes Trascendentales que todo Hombre anhela con insaciable hambre y sed" (53)

"La ausencia de virtudes es la causa principal de enfermedades psicosomáticas y de desastres históricos y cosmológico... así se busca la ayuda de entrenadores, terapeutas, grupos de apoyo, pero a fin de cuentas el autocontrol equilibrado entre vicios y virtudes se basa en la práctica." (54)

"Incluso algunos enfermos depresivos graves tienen la capacidad para buscar y lograr su propia curación porque salvo contados casos, todos somos en mayor o en menor grado, responsables por la clase de persona que hemos hecho de nosotros mismos. El argumento más excelente y central del existencialismo es la aceptación de la responsabilidad por ser lo que hemos hecho de nuestro argumento de vital, rechazando las excusas" (55)

VALOR Y CONTRAVALOR

A continuación se mencionarán y explicarán los valores universales en los que se apoya esta nueva propuesta de entendimiento al ser humano. Es importante mencionar que por un espacio aproximado de 20 años el Dr. Abascal y sus colaboradores realizaron aplicaciones de cuestionarios y pruebas a fin de definir cuales eran los valores sobre los que operaban las

personas así como también lograr un consenso que tiene vínculo estrecho con los valores postulados desde el filósofo Sócrates.

“Valor es toda clase de bien, toda clase de ser, relativo o absoluto, que se ofrece ante nuestras potencias clásicas de percepción, inteligencia, voluntad y libertad, para ser deseado o rechazado, amado u odiado, apropiado con placer o negligido, introyectado o vomitado” En definitiva se puede describir el valor como el ser mismo, porque en virtud de su contenido significa una perfección que atrae, con mayor o menor violencia y pasión a la potencia apetitiva, a nuestros impulsos y deseos.

En última instancia, lo realmente valioso se basa en que al ser (valor) le corresponde la primacía sobre el no ser (contravalor) ”(79)

Sustentando la definición anterior, se habla de que un contravalor es precisamente hablar de la no vida, un ejemplo de esto son las personas que defienden el aborto. Esto ocurre precisamente porque el valor se separa del ser, se torna inaccesible a la razón orientada a él. sostiene que actualmente se piensa que los valores sólo pueden ser captados por los sentidos y que las cosas sólo valen por cuanto halagan nuestros sentimientos, emociones y pasiones y es así como ha surgido el irracionalismo valoral.

A partir de esto surge pues la propuesta de hacer Reingeniería de Valores, esto es “un regreso fundamental al conocimiento y a la valoración del ser comenzando por admitir humildemente la primacía del Ser Absoluto. Ser sobre el cual y a partir del cual se hará una sana y feliz jerarquización de todos los demás valores.” (80)

La jerarquía, los grados de excelencia o bondad de los valores corresponden a los del ser. Desde un punto de vista más formal, se distinguen tres grandes grupos de valores.

1.- El valor por razón de sí mismo, o valor intrínseco. Esto quiere decir que es pretendido por esencia.

2.- El valor por razón de goce o valor deleitable. Esto se refiere a que atrae hacia éste y fluye de su posesión placentera y endorfinizante.

3.- El valor por razón de la utilidad o valor útil. Está al servicio del valor por razón es un medio para lograr un fin.

Una de las causas que han hecho que se encuentren velados o mal diferenciados los valores es precisamente no distinguir entre fines y medios. (79-80)

Así pues atendiendo el contenido, el valor por razón de sí, muestra la siguiente jerarquía de valores: lo Religioso, lo Santo y lo Espiritual; lo Etico (Bien, Verdad, Belleza, Unidad), lo Social, lo Afectivo, lo Intelectual, lo Vital, lo Económico y lo Artístico.

Atendiendo a la jerarquización del grupo Triunfador tenemos el siguiente orden ideal:

Morales, Sociales, Afectivos, Religiosos, Intelectuales, Económicos, Del Poder, Biológicos y Estéticos

Siguiendo el mismo criterio de valoración, que coincide con la Jerarquía Universal que se sostiene en el valor intrínseco de los seres, tendríamos una serie de Antivalores o Contravalores, que son tales en la medida que se convierte a un medio en un fin o a un resultado en una causa final.

Del Poder, Económico, Estético, Biológico, Afectivo, Hedonista

Se llama bueno al ente en sí, mientras que el valor se dice en su referencia a otro. Un mismo bien va adquiriendo valores diferentes. En infinidad de ocasiones al bien objetivo se le puede contraponer adecuada o torpemente la respuesta del valor subjetivo, según las circunstancias pero también sobre todo, según el grado de perfección moral en las Virtudes.

“Todo valor, todo ser puede ser esquizofrénicamente fragmentado en infinidad de partes, perspectivas, puntos de vista, porque cualquier ser humano puede fácilmente olvidar o nunca haber aprendido que el valor, en cuanto perfeccionamiento esencial del ente, se funda en el ser, y el ser no puede ser reconocido como valor, sino mediante nuestra comprensión de la esencia, al comparar nuestro acto de adhesión al ser con la esencia que naturalmente le corresponde.”

El sentimiento intencional del valor es pues una estructura compleja, difícil de aprender, que entrelaza el conocimiento integral con la actitud emocional. Por ello los valores en que se funda el sentido de nuestra existencia forman el reino propio del valer. (81-84)

Al efectuar la aplicación del cuestionario sobre valores, ha notado la diferencia que existe en las decisiones en la vida. Es decir, que ciertos valores tienen diferente jerarquía para algunas personas en tanto para otras no, con respecto a lo esperado en cuanto a valores universales se refiere. Esto lo atribuye a la educación y forma de vida actual, la que ha llevado a hacer que el mexicano promedio tenga invertidos sus valores, o bien no acepte ciertos valores como universales.

Atribuye lo anterior a que desde la forma de gobernarnos y marcar las normas y lineamientos en una compañía o familia se hace a partir de complacer lo que gusta, lo que satisface. se toma más en cuenta sentimientos que convicciones ante algún dilema moral. Así entonces surge la mentira, el engaño y el adulterio en todo momento.

Actualmente se rige la sociedad principalmente por los valores afectivos, intelectuales y económicos. Entendiéndose que se actúa en tanto sentimiento y no convicción, en tanto un pensamiento crítico y no un pensamiento ético y claro está lo económico se convierte en un fin y no en un medio para lograr X o Y aspecto. (86-91)

BASES FILOSOFICAS PARA JERARQUIZAR VALORES

"Casi todos los sistemas, de moda en distintos momentos de la historia humana, determinan y siguen determinando falsamente lo que en realidad es el bien moral, porque el error es múltiple y el acierto es uno" (103)

A continuación se enumeran ciertas ideologías o posturas axiológicas opuestas a la expuesta por el Dr. Juan Bosco, las cuales él mismo analiza y describe como así se menciona.

Psicologismo. "El psicologismo asigna a la psicología la primacía absoluta entre todas las ciencias filosóficas. En especial, hace que la lógica y la gnoseología queden absorbidas por la psicología. Para el psicologista, las causas psíquicas que determinan la realización del juicio son al mismo tiempo norma de la verdad. De aquí se desprende un grave error: las cosas no son como son, sino como yo las siento. Todas las variedades de

psicologismo coinciden en afirmar el absurdo del relativismo de la verdad" (104)

Sensualismo. "Es el hedonismo, que enseña que el bien está en los placeres, en los gozos presentes, y el mal en el dolor, en la tristeza y en cosas semejantes... sostienen que el más alto bien de la vida es el placer, que consiste en la ausencia del dolor... infinidad de doctrinas de inspiración psicoanalítica sostienen que la vida humana, en su totalidad, gira en torno a buscar el placer y eludir el dolor. (105)

Utilitarismo. "se reduce en este concepto: tú, yo, ellos y todas las cosas, animales o plantas somos buenos sólo o principalmente en cuanto útiles... Los seres humanos son desechados como cosas inútiles, y el problema será cada vez más grave a causa de la apertura comercial indiscriminada, que concentrará inmensos capitales en unas cuantas manos." (107)

"El utilitarismo se apoya en un fundamento falso porque, el bien honesto es algo fijo y necesario; y al contrario, el bien útil es esencialmente variable. El bien honesto se busca por sí mismo y como fin; el bien útil no se persigue sino como medio para lograr otro bien. El bien útil no es el último término de la voluntad, puesto que no es sino un medio por el cual se busca otro bien. A menudo se puede oponer lo honesto y lo útil, porque hay bienes útiles que son deshonestos, y, al contrario, bienes deshonestos que son sumamente útiles." (108)

De seguir el utilitarismo actual, se llegaría al absurdo de decir que un acto de heroísmo podría ser malvado, ya que si la utilidad personal es el fin de los actos humanos y consiguientemente la regla de la moral es utilitaria:

ésto es porque aún cuando el hombre obrase siempre por amor de sí mismo, habría que concluir que el bien de sí mismo es uno de los motivos, pero no el único, ni el fin último de los actos humanos. (108)

Estoicismo. "...el bien moral consiste en alcanzar la virtud, como único medio para conseguir la felicidad.. la virtud se funda en el saber, y la misión suprema de la Filosofía consiste en enseñar a ser virtuoso. Las virtudes fundamentales son la fortaleza del alma que se manifiesta en el dominio de sí mismo, y la impasibilidad ante el dolor y la justicia.. actualmente el estoicismo está representado por infinidad de diversos personajes ateos, pero honestos que distinguen entre las inclinaciones del hombre, las que naturalmente se traducen en pasiones desordenadas, y las que tienden al bien universal y honesto. De aquí deducen esta regla de moralidad: abstente y sufre, debes querer conforme a la razón, escoge siempre lo que tú sabes que conviene a la razón y al bien general" (109)

Escepticismo. "...pone en duda la existencia de la verdad, o cuando menos afirma que el hombre es incapaz de conocerla. Las principales razones en las que se apoya son: el carácter falaz de la potencias cognoscitivas de las que dispone el hombre: la dependencia de todo supuesto conocimiento con respecto a las circunstancias de sujeto, objeto, tiempo y lugar y la existencia de opiniones contradictorias sobre cada cuestión.... En la actualidad, la UNAM y otras universidades están llenas de profesores y alumnos escépticos. Casi todos los psicólogos, sociólogos y antropólogos formados en esa universidad de sostienen la idea de que no podemos nunca conocer verdades absolutas, la verdad es relativa." (110)

Materialismo "...sólo admite como sustancia la materia y atribuye todos los fenómenos, inclusive los mentales, a agentes materiales. Según él, lo físico y lo espiritual son aspectos o modos de la materia... la propia debilidad de la teoría filosófica del materialismo lo ha hecho aparecer dogmático y contradictorio" (115)

El Dr. Abascal sostiene que encontró una línea de pensamientos congruentes que viene desde Sócrates, Aristóteles y Santo Tomás de Aquino, llegando hasta nuestro días por medio de Jacques Martain, Regis Jolivet, quienes a pesar de sus diversos matices personales y diferencias llegan a ponerse de acuerdo en los principios que se enumeran a continuación:

1.- Principio de contradicción. Con esto se refieren a el ser no es el no-ser con lo que se quiere decir que es imposible ser y no ser al mismo tiempo, lo que significa que un acto libre de un ser humano, no podría ser al mismo tiempo bueno y malo o indiferente. "La congruencia moral con este principio es necesaria para hacer posible la sana existencia humana lejos de un relativismo moral"

2.- Relación de identidad. Lo que es, definitivamente es diferente a no es lo que yo creo o decido que es. La existencia misma del sujeto o del objeto la determinan ellos mismo, sin importar la percepción subjetiva de lo que el otro tenga, así pues los principios éticos universales no se inventan sólo se descubren, son intrínsecos al hombre.

3.- Principio de Finalidad" en el bien se encuentra la razón formal de la actividad del Ser, en ese Bien que Universal y necesariamente es su fin,

el fin al cual está ordenado. Cuando no se actúa bajo este lineamiento entonces se ignora para que vivir, para que nacer.

4.- Principio de Causalidad, no podemos iniciar pensando que el ser antes de existir puede iniciar su propia existencia, no hay fenómenos que ocurran sólo porque si, n no hay cosas hechas por la casualidad sino por la causalidad. (1123-124)

5.- La verdad se divide en tres clases a) La Verdad lógica es pues la adecuación del entendimiento con la cosa, no significa una pretensión cualquiera, sino una que puede sostenerse con razones. La verdad lógica es una perfecta compenetración entre el sujeto que conoce y el ente conocido b)La verdad moral o existencial, se refiere a la universalmente válida "consiste en una postura existencial del individuo, postura que reclama su decisión personal y libre" (125) Cuando se contamina por juicios erróneos, por concepciones de familiares por ejemplo entonces se torna en una opinión no en la verdad. De esta forma puede inducirse terapéuticamente mediante el ejercicio intencional. en este punto la psicoterapia realista lo intenta por medio de la reingeniería de valores c)Verdad ontológica es junto con la unidad, la belleza y la bondad, uno de los atributos trascendentales, es decir propios . sin excepción de todo ente. La verdad divina, como verdad subsistente, es verdad ontológica, verdad cognoscitiva y veracidad, las tres cosas simultáneamente. Una analogía humana con la verdad creadora de Dios es la verdad práctica humana en el juicio de conciencia que precede a la acción así como la planificación en la acción artística y técnica En este sentido estamos hechos a imagen y semejanza de Dios. "Una psicoterapia que no se ocupe de hacer

creativos a sus pacientes, o cuando menos facilitarles el camino para lograr la creatividad, es simple mecánica intrascendente. Una psicoterapia que no se lance decididamente a mostrar al hombre sufriente de que forma puede conocer verdaderamente las cosas y las personas, lo más cercanamente posible a como ellas son en sí mismas, e incluso acercarlo al conocimiento de cómo están concebidos los seres en la mente de Dios, es una psicoterapia que traiciona lo esencial de su cometido. Es cómplice de dolor y perdición sin rendición" (126)

La verdad en sentido ético significa no sólo la coincidencia de hablar con persuasión interna en contraposición con la mentira sino la conciencia y congruencia interna y externa, no se habla de un autoengaño o de la hipocresía hacia el exterior en cuanto a fingir lo que se pretende ser.(124-126)

6.- El Bien es valor en sí, en sentido estricto y valor de perfeccionamiento. Es frecuente entender por bien honesto el valor especial de lo moralmente bueno, que llamamos el bien. Los sujetos con alta autoestima procuran a ellos mismos el máximo bien posible, es decir el bien honesto. De este hecho se derivan otros valores morales como la justicia, la paz, la libertad, el amor. Todos los seres tienden universal y naturalmente a un fin que es su bien. Es importante mencionar que el bien se busca en cuanto deleitable, útil y honesto. La exageración o polarización del bien deleitable conduce al hedonismo, así se reduce a es bueno porque me gusta, me satisface, me provoca placer. La exageración de hablar de bien útil conduce al materialismo, así pues se considera bueno en cuanto

útil. El bien honesto nos atrae por la perfección y el acercamiento hacia Dios. (128)

7.- La libertad Humana, es conocida también como libre albedrío. permite elegir entre dos o más bienes diversos y contradictorios aspectos de quienes nos rodean, es importante mencionar que para optar por el bien hay que hacerlo en cuanto deleitable, útil y honesto, de lo contrario podría caerse en lo explicado anteriormente al exagerar alguna de estas jerarquizaciones. La libertad es la exención de trabas procedentes del exterior donde el individuo escoge por sí mismo. (128-132)

8.- Conciencia Recta Ilustrada, ésto se refiere a la capacidad del espíritu humano para conocer los valores, preceptos y leyes morales mediante la virtud de la sindéresis. Es la autoridad interior que manifiesta al hombre de manera enteramente personal y perceptible lo que debe hacer o dejar de hacer. El testimonio de la capacidad lo representa el arrepentimiento moral, el hombre se siente impulsado a confesar sus culpas. La reingeniería de valores se apoya en la idea de que para lograr el desarrollo óptimo de potencialidades humanas, necesita sobremanera de instrucción, educación y dirección de especialistas, participación de la autoridad competente e involucramiento de la comunidad eclesíástica.

En una persona sana la conciencia moral interpone, entre la advertencia y el acto, la libertad del hombre, mediante el juicio de la razón práctica fundado de manera objetiva, y por lo tanto lleva al reconocimiento de culpas reales y liberarse de ellas mediante el reconocimiento de las consecuencias y el dolor curativo del arrepentimiento.

Para defender nuestras acciones como buenas, no podemos válidamente invocar en forma precipitada nuestra propia conciencia cierta, sobre todo cuando otras autoridades superiores juzgan de manera discrepante pues no se daría entonces el caso de la conciencia que yerra sin culpa. Tenemos la obligación de respetar las decisiones de las conciencias de los demás, aunque nos parezcan erróneas y de evitar toda acción que se crea contraria a la conciencia, no puede ser malo oponerse a las acciones que nacen de la conciencia errónea, como el evitar la violación del derecho del individuo o de la comunidad.

Actualmente no se da una real colisión de deberes fundada en el orden moral. La solución de ciertos casos de conciencia denominada casuística es tarea frecuentemente mal comprendida, pero importante e insustituible. Es trabajo arduo de una ética y de una psicoterapia que quiera influir sobre el obrar real de los hombres. Sin embargo, a la casuística concreta y personalizada debe siempre preceder la exposición propositiva de la Ley Moral Universal, la cual es inmutable a pesar de los cambios subjetivistas en cada cultura.

La moral y la moralidad no es posible reinventarla, no es relativa, sino simplemente descubrirla y acatar así los principios que son buenos para todo ser humano. "Moralidad es la conducta del hombre basada en la libre determinación con respecto a la ley moral... moralmente buena es la acción libre del hombre que afirma el valor ético y objetivo y la o ley moral; moralmente mala es la que lo contradice"(138)

Existen cinco condiciones esenciales de la ley positiva humana, para que coincida con las leyes Natural y Divina:

- Que la ley humana no se oponga a la ley natural o divina

Son injustas las leyes que apartan a los ciudadanos de la religión o de la virtud.

- Que sea hecha para el bien de la comunidad

Son injustas las leyes que tienden al bien exclusivo de un individuo o grupo

- Que no exceda del poder natural o legítimo legislador

Si la ley la hace alguien que no tenga autoridad en la materia de que se trata es injusta. En México las iglesias están reguladas por el Estado. cosa absurda e inmoral que frena la posibilidad de que la población asuma una ética habitual, basada en verdades universales

- Que no sea posible no sólo físicamente sino moralmente

- No debe imponer cargas a sus sujetos sino proporcionalmente a sus fuerzas o a sus recursos. (132-140)

9.- La Virtud Es una cualidad que complementa o una potencia para facilitar operaciones. Es estable, el hábito riguroso dispone a las potencias, reforzándolas con su poderosa inclinación para obrar, es decir para producir sus propios actos. Se diría que la virtud es el estado habitual que garantiza naturalmente la felicidad humana según Aristóteles es el "justo medio entre dos extremos" A continuación se expone un cuadro donde se expone lo que ocurre cuando hay ausencia, virtud y exceso.

Ausencias	Virtudes	Excesos
enemistad	amistad	codependencia
cobardía	audacia	temeridad
sequedad	empata	melosidad
rigidez	flexibilidad	inconsistencia
debilidad	fortaleza	dureza
codicia	generosidad	prodigalidad
soberbia	humildad	servilismo
iniquidad	justicia	compulsividad
pereza	laboriosidad	activismo
deslealtad	lealtad	dependencia
sumisión	obediencia	rebeldía
pesimismo	optimismo	ingenuidad
desorden	orden	perfeccionamiento
impaciencia	paciencia	mansedumbre
traición	patriotismo	patrioteria
indecisión	perseverancia	obstinación
imprudencia	prudencia	obsesividad
impudor	pudor	puđibundez
iconoclasia	respeto	supersitición
irresponsabilidad	responsabilidad	adicción al trabajo
elitismo	sencillez	simplismo
hipocresía	sinceridad	desfachatez
gula, ebriedad	sobriedad	puritanismo
insociabilismo	sociabilidad	gregarismo
ateísmo	religiosidad	fanatismo

(140-41)

10.- Dios, la philosophia perennis de origen griego en la cual se sustenta todo este sistema de valores, sostiene que Dios es el fundamento radical del ente multiforme que constituye mundo, y de todo ente en general. Todo se funda en Dios en cuanto que la totalidad de los seres sale de Dios como primera Causa Eficiente y por Dios es totalidad es atraída como a su último Fin.

El fundamento radical del ser en cuanto tal, pues se cimenta en la Causa primera y Ultima en todo. Así pues sólo podemos atribuirle a Dios

las perfecciones puras. lasque. según su esencia designan un Ser puro y perfecto en Sabiduría Bondad. Belleza y Poder

Dios no está limitado por ninguna clase de no-ser por eso es ser puro, actualidad pura, que existe, perfecto, desde siempre

Hoy en día las experiencias diarias con los entes mundanos acaparan de tal manera la inteligencia y emociones que se abandona toda apertura a lo sobrenatural y viene la incapacidad de conocer y amar a Dios.

El hombre no puede obrar sin la moción de Dios ni dejar de obrar cuando la ha recibido. Dios es ante todo el Ente por excelencia y que es alcanzable por la inteligencia humana con la sola luz natural de la razón, sin embargo para no quedarse en un racionalismo que puede conducir a la soberbia y a la falta de compromiso con el prójimo, el Triunfador se abre humildemente al conocimiento de la Revelación, la cual nunca destruye a la razón aunque la supere. (142-144)

11.- Fin último natural: trascender. Este es el fin natural del hombre hasta obtener por su propia decisión y con el buen uso de su Libertad, la posesión y el conocimiento del Ser Supremo y del Universo entero, sin limitaciones ni inseguridades, en forma definitiva. Conocer, poseer a Dios, amar a Dios, al prójimo y al cosmos, como Dios los conoce, los ama y los posee. Pero esto sólo será posible por medio de la caridad.

La caridad debe estar bien ordenada y jerarquizada tenemos derecho a comenzar a aplicarla por nuestros deudos y nuestros amigos De la verdadera caridad se desprenden tres cualidades que desarrolla el auténtico triunfador: la benevolencia: les desea el bien a todos,

humanitarismo les presta el bien a todos; distribuye beneficios que reparte a los más necesitados (145)

12.- Muerte Si bien es cierto que es un fenómeno bio-fisiológico donde consiste en la cesación de la vida, es la extinción de actividades vitales. Aquí se separa pues el alma del cuerpo.

La muerte significa para el hombre el retorno a la unidad interiorizada del espíritu desde la multiplicidad del mundo espacio-temporal unidad que domina ya su existencia mundana y la dirige desde el principio hacia el retorno definitivo, hacia la muerte

Ser para la muerte, no quiere decir ser para la nada, sino que significa la unión más íntima con Dios

13.- Alma Humana. Es el Principio Inmaterial Subsistente (PIS) o alma espiritual, es la forma esencial del ser humano.

No es materia, ni ocupa espacio, sino que además permite obrar para toda la eternidad futura sin necesidad de estar adheridos a materia alguna

Esta cualidad no la tienen las plantas ni animales. El alma humana es indivisa, incorruptible e indestructible. El espíritu posee una apertura ilimitada de su facultad cognoscitiva o inteligencia entendimiento o razón apertura que se encuentra afinada para anhelar y conocer la Verdad en cuanto tal y como consecuencia gozar de una expansión sin límites de su voluntad, la cual se encuentra acordada con el valor como tal.

Al desligarse del cuerpo el alma podrá manifestar más libremente su naturaleza espiritual con la visión intuitiva de la propia esencia y del ser espiritual ajeno. El espíritu es lo más elevado que hay en el hombre, es el

principio que realiza todos los valores de nuestra cultura, sobrepujando, por su inmortalidad, el mundo entero de los valores terrenales.

La inmortalidad es pues la capacidad para seguir viviendo sin fin, después de la muerte biológica. Es absolutamente necesario que se recojan las consecuencias naturales del acto de cada ser humano. Estas consecuencias que subjetivamente pueden vivirse como castigo o premio como retribución a nuestras elecciones son a largo plazo. La mayoría de los hombres cuando no son parcial o totalmente impedidos por graves neurosis o psicosis son responsables por resolver adecuadamente las luchas entre las tendencias éticas y otras tendencias concupiscentes.

La psicoterapia realista requiere la aceptación de la inmortalidad. Si el paciente deprimido ante las realidades cotidianas absurdas de su existencia llegara a carecer racional y definitivamente de la certeza de su propia inmortalidad, quedaría habilitado para convertirse en un psicópata impune o para suicidarse sin más obstáculos

La naturaleza dota al alma del privilegio de gobernar todas las energías humanas mientras que ellas no hayan adquirido aún su última determinación (147-151)

NUEVE VALORES UNIVERSALES.

Se han separado estos nueve valores para fines de tipo didáctico. En la realidad existencial, los adultos integrados los captan simultáneamente en el ser concreto. Todo adulto equilibrado puede percibir y absorber cosas, animales, objetos, personas y entes espirituales sin

separar sus características valorativas, sino percibiéndolas como un todo congruentemente concebido y armado.

1.- Morales

Se define como: la verdad es una y absoluta, pero mi conocimiento de ella es relativo y siempre perfectible.

El objetivo de este valor es: cumplir las normas universales en mí mismo, es decir aspirar a cambiar y a ser mejor yo, antes que desarrollar esperanzas o propósitos de cambiar a otros. Todos somos idénticos en nuestro valor intrínseco sin importar raza, religión, cultura, etc.

La propia familia es el núcleo principal de mi vida afectiva, sustento de mi afectividad entre la sociedad humana y formadora de Virtudes. Así pues la principal fuente de legitimidad para el ejercicio de mi Poder, es la voluntad de servir al Bien Común, visto en forma integral: Eco, Bio, Psico, Social, Trascendental

De acuerdo a este valor se sentirá armonía interior y exterior, disfrutando de paz espiritual, teniendo energía para transformar la parte del mundo en la cual me toca completar la obra de Dios.

Generalmente las reacciones positivas que suscitará en otros será de confianza, simpatía, seguridad, lealtad, armonía.

Cuando tengo duda prefiero equivocarme en contra mía, antes de hacerlo en contra de otro. Prefiriendo ser imparcial, no nepotista; ser objetivo, pausado, reflexivo y justo.

Es importante enfocarse a cambiar lo que puedo cambiar, acepto lo que no puedo cambiar y busco la diferencia con sagacidad y prudencia.

Asume la Etica Universal que es la base de la Declaración de los Derechos del Hombre. Sus virtudes típicas es: sabio, juicioso y tolerante, profundamente realista y equilibrado en sus juicios. Racional, concienzudo, moderado. De elevados principios, siempre tratando de ser justo y objetivo. Desea conocer la Verdad Moral para regirse por ella, y hacer y poseer el Bien Honesto, por encima de los bienes utilitarios o simplemente deleitables. Es incorruptible, y la tranquilidad de su conciencia moral no tiene precio.

2.- Sociales

En mi comportamiento habitual, cotidiano, se manifiesta claramente un tipo de valores que consisten en un notable deseo de servir a la comunidad social donde se dan mis posibilidades de acción. Realmente me ocupo del Bien Común.

Esto quiere decir que el que no vive para servir, no sirve para vivir. Entender que el otro me necesita, yo decido estar dispuesto a ayudarlo, y aun tomar la iniciativa. Trabajar en equipo con enfoque al bien de la comunidad.

Así pues mis objetivos y valores individuales deben tornarse en un bien social, común en el cual muchos crean y trabajen por lograrlo. Finalmente opto por la conciencia recta ilustrada sin anteponer mi propio provecho al de los demás.

No quiero irme del planeta sin haber dejado una huella trascendente a nivel social. No para ser recordado o reconocido, sino para elevar la calidad de vida de mis conciudadanos sin detenerme ante los obstáculos para lograr que mi visión sea una misión cumplida.

Dedicarme más a aliviar el dolor ajeno que a saborear mi propio dolor. Me causa placer lograr la sublimación de mi propio dolor en el servicio.

Este individuo es capaz de ser desprendido, desinteresado y altruista que vive dando amor incondicional a los demás. Puede manifestarse como empático, compasivo, cariñoso, cálido y preocupado. Puede ser también estimulante, generoso y dádivo: una persona servicial, comprometida con el servicio de su comunidad.

3.- Afectivos

Prefiero guiarme por los valores y virtudes del corazón. Estoy consciente de que las hambres psíquicas fundamentales de todo ser humano requieren violenta y drásticamente ser satisfechas con los básicos: Caricias, Reconocimiento y Tiempo estructurado me considero una persona amorosa pero que vive dentro del marco de los valores e intereses superiores, y que tiene debidamente satisfechas estas necesidades.

Esto quiere decir amar al otro a la manera del otro, dándole incondicionalmente tiempo, caricias y reconocimiento. Es absurdo e imposible amarlo a mi manera, por lo que descubrir su clave de acceso es fundamental como objetivo intermedio entre conocerlo y amarlo. Buscaré satisfacer las expectativas del otro, antes que las mías propias o en todo caso buscando el beneficio emocional simultáneo.

El amor todo lo puede, todo lo vence, el amor no pasa jamás. Es una decisión inteligente, generosa, oportuna, adecuada y eficaz. La otra persona es alguien a quien amar por ser quien es, no por lo que tiene ni por

lo que hace, este valor anula o reduce entre nosotros las diferencias de carácter, temperamento o educación.

Mi familia es mi fuente principal de satisfactores afectivos, está por encima de mis padres, hermanos, etc. Con frecuencia se obtiene intimidad afectiva, dentro de la cual nacen la lealtad, el amor y la confianza indisolubles.

Considero antes que nada, como se sentirían afectados los demás por mis propias decisiones tomadas en conciencia. Busco armonía antes que tener la razón, aplico la norma universal de trata a otros como deseas ser tratado.

El individuo será desprendido, desinteresado, altruista incondicional, empático, compasivo, cariñoso, cálido, estimulante, generoso y dadivoso. Una persona servicial y afectuosa.

Llega al amor en sí, de tipo trascendental, como muestra y testimonio del Amor divino, después de superar las etapas del amor en mí y para mí, del amor en ti y para ti llega así al nosotros con Dios como testigo finalidad e inspiración.

4 - Religiosos

Mis actos, mis decisiones, mis actitudes internas, mis comportamientos visibles; en una palabra: mi personalidad entera, se dirige realmente y está motivada, o un conjunto coherente de creencias o dogmas, pero sin caer en dogmatismos irracionales; por las leyes morales, pero evitando faseísmos mojigatería ni en el extremismo fundamentalista. Si amo a mi prójimo como a mí mismo, soy dueño de las bases para vivir adherido a

un verdadero valor religioso, gracias al cual puedo escuchar y aceptar en mi corazón el mensaje de la Revelación de Dios.

Esto es amar a Dios por encima de todas las cosas y a mi prójimo como a mí mismo, espero que mi estilo de vida me permita religarme con Dios, por medio del amor a sus criaturas, particularmente al prójimo, por más difícil que a veces me parezca permanecer fiel a ese Amor que exige generosidad y paciencia ilimitadas incondicionales. Todo poder legítimo debe utilizarse tratando al prójimo con dignidad de persona. Quiero ser cálido, carismático, empático, suave en el modo, firme en las convicciones y en las decisiones. Y todo ello aunque no me nazca de manera espontánea. Ante conflictos interpersonales graves, agotados los medios técnicos o simplemente lógicos, recorro al poder de la oración en privado en público.

La muerte es para mí muchas cosas que siempre he ambicionado desde el fondo de mi alma: resolver misterios intelectuales y morales que en esta vida o tienen respuesta; pasar a una vida mejor, en la cual ya no habrá dolor, ni muerte, ni enfermedad sino Felicidad para quienes finalmente hayamos optado por el mejor de los bienes posibles: Dios.

El dolor puede aceptarlo y aun amarlo como oblación genuina por la redención de quienes amo en forma silenciosa y humilde.

Es dueño de sí mismo, autónomo y realizado: con gran ecuanimidad y satisfacción, vive desde el "aquí y ahora" las promesas, creencias, prácticas y normas de su fe.

5.- Intelectuales

Persona que busca afanosamente la verdad científica, en todos los campos del conocimiento que están a mi alcance, independientemente

de si puedo realizar alguna aplicación práctica con todo ello. Esto quiere decir adquirir conocimientos por encima de todas las cosas, incluso en detrimento del tiempo y la dedicación que necesitamos, yo como ser humano y mi prójimo en cuanto prójimo. Me agrada investigar la opinión de personas más conocedoras que yo, sobre todo en los temas de mi interés, seguir los dictámenes de una inteligencia firme, sería mi principal forma de Sabiduría. En caso de duda ética prefiero decidir generosamente con base en los preceptos éticos de mi disciplina científica. En cuanto a la muerte, es un enigma ante el cual siento curiosidad científica y parece que hay avances que permiten aceptar la inmortalidad humano como algo racional y científico y no sólo como una especie de revelación divina.

Puede convertirse en un visionario, comprendiendo profundamente el mundo, descubriendo algo nuevo. observa todo con extraordinaria perceptividad e introversión. Es capaz de concentrarse y enfrascarse mentalmente: se vuelve erudito, un experto.

6.- Económicos y utilitarios

Es uno de los valores cuya frontera con los antivalores está apenas delineada sutilmente. Puede generar progreso, paz y prosperidad, o puede generar envidia, conflicto, invasión, espionaje, sabotaje y toda clase de vicios. La riqueza por sí misma no es buena o mala, sino tan sólo útil o no cuando está incrustada como medio para obtener bienes superiores, o cuando es resultado de un honesto esfuerzo.

Si yo supiera que voy a morir, sería práctico. Después de muerto, mis órganos sanos deben tener utilidad biológica y económica para alguien.

así que donaría mis ojos, riñones y vísceras, para que les sirvan a los vivos por un rato más.

Guiado por normas éticas en la obtención de medios económicos, y auténticamente productivo, generador de riqueza para sí mismo y para otros. Seguro de sí mismo, enérgico, adaptable, y ambicioso para obtener status y poder, dentro de la ley. Busca perfeccionar el sí mismo, volviéndose sobresaliente, una especie de ideal humano que encarna cualidades ampliamente admiradas. A menudo los demás se ven motivados para desear ser como él de alguna manera positiva.

7.- Políticos o del Poder

El poder compete a todo ente; en cuanto que algo es y es como es, se impone y afirma a sí mismo, en el poderío del ser. En sentido propio el poder pertenece al ámbito personal y social. En este campo designa toda oportunidad de imponer mi propia voluntad dentro de una relación social, incluso frente a la oposición de otros. La legitimación y limitación de mi poder personal es el derecho

Hacer de la autoridad un medio de servicio para lograr un equilibrio entre los intereses del individuo y de la sociedad. El fin del poder en la política, que es el de edificar un orden justo y asegurar a la comunidad humana una vida en paz, en los planos nacional e internacional, sólo puede alcanzarse con ayuda del poder legítimo, pues de otro modo la multiplicidad de intereses y tendencias en la sociedad y en el mundo no podrían ordenarse a las tareas comunes ni subordinarse a ellas.

Con ésto se espera que surjan grandes transformaciones sociales que van preparando el advenimiento de la Ciudad de Dios. Este valor

genera progreso, paz y prosperidad, no sin la posibilidad, al menos potencial, de suscitar envidia, conflicto, invasión, espionaje, sabotaje y toda clase de amenazas.

Si el poder es visto medio de servicio, es un valor para cuyo ejercicio se requieren las Virtudes Morales básicas en nivel extraordinario.

8.- Biológicos o Supervivenciales

Casi siempre, a lo largo de la historia, los valores de supervivencia biológica han asfixiado a las grandes masas. lo mismo que al hombre común que quiere sobresalir. Sin embargo, muchos sujetos hacen de estos valores el centro de su vida aun cuando pudieran, si se lo propusieran, salir poco a poco al antivalor del vivir por vivir.

Mi concentración en las tareas de supervivencia puede abatir la calidad de mi posición "sólo supervivencia" para que no haya tiempo para pensar, criticar, participar en la democracia y derrocar gobiernos que lo único que buscan es perpetuarse en el poder, como quien perpetúa su propia especie.

Es capaz de sobrevivir en situaciones adversas, acepta trabajos inferiores con tal de ganarse el sustento, puede soportar largamente injusticias y privaciones sin protestar, por el temor a perder su puesto.

9.- Estéticos

Este valor del ser me inclina apasionada, habitualmente, por la apreciación, la contemplación y el goce de la Belleza. Impactado por lo bello, me olvido de mí mismo, me entrego con fruición a la contemplación de una de las perfecciones del Ser, es decir de la belleza. En esta actividad, ya creadora, ya contemplativa me compenetro y me valgo de las fuerza

anímicas más emotivas. Olvido que en lo bello contemplo y vive ciertamente la perfección como en una imagen, pero que no la poseo todavía en forma definitiva en mi vida personal.

Invierto una gran cantidad de energía y tiempo en el disfrute de placeres estéticos y artísticos, en una de dos alternativas, o en ambas: mi propia creatividad personal, o la contemplación de obras de arte de cualquier género realizadas por artistas de buena calidad. Si el sujeto es sano, se torna inspirado y creativo, expresando lo universal de la condición humana. Intuitivo y reflexivamente percatado de sí mismo. Se revela a sí mismo, directo, emocionalmente honesto: serio y gracioso, sensible y emocionalmente fuerte.

El objetivo que se persigue es:

Mostrar que el dolor humano tiene su origen principalmente en la violación voluntaria o inconsciente del orden moral universal, y que por ello es indispensable formarnos en la libertad con responsabilidad a la vez que salir de nuestra ignorancia inconsciente

Dar a conocer un sistema universal de valores y antivalores, no basado en subjetividades personales, sino en la propia naturaleza del Ser Humano (277-298)

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOLOGIA REALISTA

En su libro plantea las siguientes interrogantes, con respecto a la educación de los hijos, liderazgo empresarial, relaciones de pareja, etc. preguntarse que es lo que nos conviene hacer en función de nuestra Naturaleza Humana:

¿Hacer que ellos hagan lo que deben, aunque no quieran?

¿Hacer que ellos hagan lo que yo quiero?

¿ Dejar que ellos hagan lo que quieran?

¿Hacer que ellos quieran lo que conviene al Bien Común y al Bien Integral de toda la Familia Humana?

Precisamente, es la última interrogante la que se considera como el camino viable y al que es necesario guiar a nuestros pacientes y personas en general.

Después de analizar sobre el bien, los valores, etc. se entiende que es esta la manera de saber que es el bien común y asimismo conocer que es el bien.

De acuerdo al doctor Abascal, es necesario hacer un breve repaso sobre los conceptos básicos de las disciplinas de Psicología y Psiquiatría que se usan en Occidente. "Ambas persiguen, en cierta forma, las mismas metas, se dirigen claramente en una dirección que nos habla del intento honesto de promover el estudio de la mente del ser humano, de comprender la conducta y sus acciones interpersonales, de ayudar a los pacientes y facilitarles la obtención o la formación de una personalidad saludable, integrada y ajustada a su medio ambiente". (319)

Considera él como un obstáculo el que existan varias teorías de la personalidad, varias escuelas, ya que cada una proclama desde su particular punto de vista ser la más humanista, científica, o profunda, según el caso, con lo que concluye que no existe comunicación ni integración entre las diversas escuelas de psicología y psiquiatría, y por tanto existan tantos

caminos, él lo explica por las irreductibles e insalvables diferencias en conceptos básicos. (319-320)

Considero una posición en extremo radical el decir que la existencia de varias teorías de la personalidad limiten la no comunicación o integración entre las escuela de psicología, ya que ninguna se proclama asimismo como la más humanista, científica o profunda, por otra parte gracias a los diversos puntos de vista y maneras de estudiar el comportamiento del ser humano es que se han conocido un sin fin de caminos para llegar al conocimiento. Por otra parte cada quien es libre de utilizar o no los principios de cada teoría si existiera la teoría o la teoría profunda, entonces sí desde mi punto de vista estaríamos homologando a tal grado la actitud, el comportamiento, la razón, el sentir, etc. que no permitiríamos hablar de los seres humanos, con sus diferencias y semejanzas.

Afirma pues el Dr. Abascal: "La magnitud de las brechas entre una escuela y otra sólo podrían ser salvadas en la medida en la que, cuando menos los principales autores, volvieran los ensoberbecidos ojos de su inteligencia hacia un principio universal: La Verdad es Absoluta, pero nuestro conocimiento de ella es relativo, y por lo tanto, evitemos convertir en verdad nuestra opinión...". (320)

Muchos profesionales de la salud mental acentúan, exageran y polarizan su adherencia particular a una línea exclusiva, debido a su carencia de virtudes y falta de humildad, otros procuran asumir una postura ecléctica, pero invertebrada, para tener éxito en su profesión.

Las reacciones anteriores han dado lugar a una tercera posibilidad, y que consiste en buscar la integración entre escuelas, movimientos y organizaciones parecidas o afines, cuya meta es ofrecer un marco de pensamiento de tipo global, a la vez que se busca el mejor tipo de acercamiento o intervención terapéutica posible, considerando, en la mayoría de los casos, el acercamiento más apropiado y eficaz para cada paciente, en cada caso particular.

Se propone abandonar lo que él llama actitudes y antivalores paranoides, así como reduccionismos simplistas ya que de esta forma se podrá ver que estos paradigmas no son necesariamente antagónicos entre sí, ya que, en vez de oponerse, podría complementarse el uno al otro. Cada uno de ellos se aplica mejor dentro de cierto rango de posibilidades. Así, la recuperación de la salud, y el cuidado específico de cada paciente, se puede realizar con alguno de estos marcos de referencia

1.-Clásico. La medicina clásica toma especial cuidado del aspecto biológico y de garantizar los niveles de seguridad individual y social, utiliza la psiquiatría clínica el DSMIV y suele utilizar medicamentos y drogas.

2.-Psicosomático. Incluyendo en la medicina psicosomática la mayor parte de la psicoterapia actual, se ocupa de conservar y acrecentar el sentido de pertenencia y de lograr la conservación o mejoramiento del status: Terapia Gestalt, Programación Neurolingüística y Terapia Sistémica

3.-Enfoque de Autorrealización. Se decide por la búsqueda y facilitación de convertir los talentos humanos en capacidades actualizadas, actuantes : Escuela de Maslow, Análisis Transaccional Integrado

4.-El enfoque integral realista, se ocupa de facilitarle a la Persona la recuperación holista de su salud y de su dignidad de Persona, de su autoestima y de su equilibrio Eco, Bio, Psico, Social y Trascendental

Utiliza un sistema de psicoterapia que consiste básicamente en la Introyección o "Reintroyección" de Valores y Virtudes. La técnica propiamente dicha se llama Reingeniería de Valores, aunque también la denomina reparentalización, se refiere a que el terapeuta asume verdaderamente el papel de padre que reintroyecta, reintroduce, en su paciente concreto, los principios y las virtudes que se derivan de los valores intrínsecos al ser humano. (320)

El sistema de "reparentalización axiológica" se ocupa principalmente de encontrar, en cada sujeto concreto, de carne y hueso, una solución realista, aterrizada, acerca de su Origen, su Identidad y su Destino final. Relaciona firmemente entre sí, entre otros, algunos de los hallazgos y conquistas más importantes de la Humanidad en los campos de la biología, la bioquímica, la psicología, la sociología, la antropología filosófica y la teología.

Mediante una filosofía de confianza en la bondad natural del ser humano y en sus potencias intrínsecas de Inteligencia, Voluntad, Libertad y Consciencia, todas ellas dirigidas a la obtención del Bien, de la Verdad y de la Belleza. (321)

Si bien es acertado el planteamiento de que el ser humano es integral, lo cual no estoy de acuerdo en decir que las otras teorías son ejemplos de paradigmas que van en contra de este principio. Cierto es también que al plantear un patrón de vida o un estilo de vida que sería

prudente desde el punto de vista del terapeuta que se encuentre en esta nueva propuesta, sería entonces sí, pensar que se ha descubierto el camino único para cualesquier ser humano, lo cual desde mi punto de vista hacer esta afirmación podría llevar a dos caminos, uno que el terapeuta sintiera que el conoce la verdad para todos o bien a realizar más investigación al respecto que nos lleve a otros caminos, yo me inclino a pensar en esta segunda opción ya que cada aportación dentro del ámbito de psicología siempre regala información, maneras, etc.

Los rasgos principales del sistema de psicología realista son:

Un modelo práctico de aprendizaje en la autoeducación, en el sentido de que el terapeuta educere, es decir, extrae, exprime, obtiene, lo mejor de la persona, tanto desde el punto de vista de sus notas universales (racionalidad, intencionalidad, voluntad), como desde el ángulo de sus características únicas, irrepetibles, individuales, talés como el temperamento, los talentos, la historia individual, las influencias educacionales, etc.

- Una filosofía de confianza en la bondad natural del ser humano y en sus potencias intrínsecas de inteligencia, voluntad, libertad y consciencia, todas ellas dirigidas a la obtención del bien, de la verdad y de la belleza.

- Una psicología realista que nos lleva a no perder de vista jamás la también natural división interna de las potencias humanas división divorcio que se manifiestan en la ambivalencia afectiva y en el permanente combate interior que cada persona sostiene para elegir, con relativas libertad o determinación, entre bienes de diversa categoría y especie.

- Desarrollar siempre, para cada persona un modelo de aprendizaje en lugar de un modelo de enfermedad.

- Procurar utilizar un lenguaje simple y de fácil comprensión para todos los niveles académicos

- Estar siempre en contacto con las leyes de la naturaleza particularmente las que se refieren a la persona humana

- Pretendemos aumentar constantemente nuestra capacidad para ser objetivos, para comprender y adecuar nuestra mente a lo que cada sujeto es... universal y particularmente y no deformarlo con nuestras expectativas, paradigmas, mitos y prejuicios.

- Procurar ser predictivos, es decir anticiparse al futuro, conocerlo para modificarlo en formas de vida más dignas, humanas y trascendentes

- Igualmente, como en todos los campos de la salud, el enfoque más importante es el preventivo, es decir, trabajamos para que los grupos humanos que están en contacto con nuestros sistema, puedan desarrollar exitosos mecanismos de defensa, por así llamarlos, en contra de la agobiante contaminación que causa la innegable presencia del Mal en el mundo.

- Se considera al ser humano como una Unidad, con funciones y aspectos ecológicos, biológicos, psíquicos, sociales y trascendentales.

- Evita los elitismos clasistas o racistas, particularmente el económico, y por ello procura que el servicio llegue a todas las capas sociales, sin distinción de raza, credo, religión, o ideología." (321)

Al analizar estos principios yo me preguntaría ¿cuál es la función del terapeuta? -ser facilitador para que el individuo encuentre o llegue a

donde busque o bien -ser educador facilitador dirigiendo hacia donde el terapeuta "sabe" que es el camino adecuado?

HERRAMIENTAS O INSTRUMENTOS DE DESARROLLO

La psicología realista por medio de lo que ha denominado como sus herramientas es que conduce al paciente, donde aplica lo que a continuación se menciona:

1) Diagnóstico integral de la personalidad: del cual son partes fundamentales los valores, mitos y virtudes y el grado de capacidad que tiene cada paciente para aprender a hacerse cargo de sí mismo en el proceso de reingeniería de valores o de reparentalización.

2) Talleres sobre antropología filosófica y psicología realista aplicada, herramientas de desarrollo y cambio, que facilitan al paciente el llegar a ser aquello que potencialmente ya es, puesto que en esta propuesta han descubierto que conviene a todo mundo el conocer las cuestiones fundamentales sobre su esencia de persona humana.

3) Diagnóstico de los entornos ecológico, biológico, familiar, social y ético-religioso. ésto para conocer y predecir la capacidad que tiene el sujeto concreto para modificarlos o adaptarse armoniosamente a dichos entornos.

4) Diagnóstico del hambre de caricias. Modificación de la economía de caricias. Análisis de los diversos tipos de caricias: Condicionales e Incondicionales, Positivas y Negativas, Falsas y de Lástima. Análisis de los efectos Eco. Bio, Psico, Sociales y Trascendentales de cada tipo de

caricias. Efectos de la privación de caricias. las caricias incondicionales positivas como generadoras de endorfinas y virtudes.

5) Los Impulsores. Diagnóstico y Modificación. Como una forma rápida de analizar el argumento de vida, nace el miniargumento que contiene los impulsores. Del abuso de las caricias condicionales positivas nacen los impulsores o rebusques que son: Se perfecto, Trata Más, Apúrate, Compláceme y Sé Fuerte. Teoría y práctica para reconocer e identificar Impulsores. Diferencias entre Impulsores y Virtudes.

6) Formas Básicas de Estructuración del Tiempo. Diagnóstico y Modificación. Rituales, ceremoniales, trabajo, diversión, pasatiempos, ocio, intimidad, aislamiento, juegos psicológicos, actividades. Su relación general con la calidad de vida personal y familiar y el desarrollo de la personalidad virtuosa.

7) El reconocimiento y la descalificación. Análisis de las formas de descalificación en la familia, en las instituciones y en la Sociedad.

8) Análisis de Egoestados

Clave	Nombre	Verbos	Filosofía de Vida
Padre Padre	Perseguir	Tirarizar	Hacer que ellos hagan lo que yo creo que deben
Padre Adulto	Educador	Desarrollar	Hacer que ellos quieran hacer el Bien
Padre Niño	Manipulador	Chantajear	Hacer que ellos hagan lo que yo quiero
Adulto Padre	Etico	Cumplir	Cumplir con las leyes incondicionalmente
Adulto Adulto	Técnico	Lograr	Lograr mis metas, buenas o no a como de lugar
Adulto Niño	Empático	Amar	Entregarme por amor a una causa o persona
Niño Padre Sumiso	Sumiso	Depender	Se someten para conservar el afecto
Niño Padre Rebelde	Rebelde	Rebelarse	Se rebelan para conservar su identidad

Niño Adulto Investigador Explorar Investigan y estudian siempre para ser Mejores

9) Juegos psicológicos Propósito oculto, elementos, nivelas de gravedad. Jugadores, resultados de los juegos, comprensión de las ventajas neuróticas. Ruptura de juegos.

10) Análisis del Argumento Vital Como desobedecer mandatos dobles. Reescribir el futuro. (322-323)

"Para incrementar las características de practicidad, sencillez, claridad y potencia explicativa de neutro sistema de psicoterapia, hemos ampliado inventado, descubierto y aplicado ciertas herramientas propias, algunas totalmente originales y otras que se desprenden del Análisis Transaccional, aunque ya sujeto éste a una revisión filosófica de la que carecen sus concepto y técnicas originales." (323)

Es importante observar que sus herramientas son una mezcla de todo lo anteriormente mencionado, sin embargo la diferencia radica definitivamente en que en esta propuesta el terapeuta no permite que el individuo navegue en su propia búsqueda, de antemano el terapeuta conoce a donde debe llegar.

MODELOS DE PSICOTERAPIA

Durante los últimos cinco años ha observado entre sus pacientes de primera consulta una serie de actitudes que denotan un escepticismo creciente contra psicólogos, psiquiatras y demás especialistas relacionados con el comportamiento humano, se quejan de la lentitud y costos elevados de los tratamientos. "...ninguna psicoterapia seria, comprometida, paciente

y profunda, capaz de modificar hábitos, creencias, valores, costumbres, argumentos de vida" (324)

En México, las cosas no han cambiado mucho, desde la época en que se inició el llamado Análisis Transaccional en 1969. Decía Tomás Harris en su libro *Yo estoy bien, tú estas bien*: "... las revistas especializadas y las asociaciones de salud mental afirman la validez del tratamiento psicoanalítico, pero no está muy claro todavía en que consiste ni cuales son sus resultados. A pesar de que el público consume anualmente cientos de millares de palabras sobre psicoanálisis, son muy pocos los datos convincentes que se han podido esgrimir para ayudar a las personas que necesitan someterse a tratamiento a superar el clisé caricaturesco de los psicoanalistas y sus divanes misteriosos. Esta irritación ha sido expresada con creciente preocupación no sólo por los enfermos y el público general, sino también por los propios psicoanalistas..."

"Sólo dentro de una concepción Personalista encontramos la garantía de una trascendencia, no sólo social, sino existencial, espiritual, mucho más allá de los asfixiantes límites de la vida como la concebimos atados ciegamente a este planeta". (325)

Actualmente la psicología realista mantiene la misma posición del análisis transaccional, textualmente de Tomas Harris: "Las palabras ego o

yo, ya que tienen distintos significados para muchas personas. Freud formuló una complicada definición del término, como lo han hecho casi todos los analistas que le han seguido, pero esas lucubraciones, largas y detalladas, resultan inútiles para el paciente que intenta comprender por que razón es incapaz de conservar un empleo particularmente si uno de sus problemas consiste en que no sabe leer lo bastante bien para seguir unas instrucciones. Por otra parte, ni siquiera los propios teóricos están de acuerdo en cuanto al significado del término ego. Explicaciones vagas y teorías complicadas no han hecho más que obstaculizar el proceso terapéutico en lugar de favorecerlo" (326)

Es importante aclarar que el psicoanálisis inicial el ortodoxo, el que inició Sigmundo Freud aportó tantos conocimientos, información y maneras de tratar al paciente que han permitido realizar tantos y tantos cambios hasta la actualidad, por otra parte hablar de que no existan resultados se nota un no análisis al respecto sino una lectura efímera o atención a conversaciones de quienes no practican un psicoanálisis adecuado, por otra parte es sencillo ahora en la actualidad criticar y hasta tachar de inservible o misterioso un diván, sin embargo si a más de un siglo sigue estando presente en las intervenciones ya sea para tener semejanza o para tratar de alejarse de la mínima similitud, habla entonces de uno de

los más trascendentes trabajos que ha sido legada a la humanidad y claro está, a la estructura de la psicología como tal.

La psicología realista mantiene ciertas características metodológicas de la escuela de Eric Berne, ya que reconoce la capacidad para manejar grupos, familias y personas heterogéneas.

"El método transaccional es particularmente adecuado para el tratamiento de varias personas en grupo, y aporta además una solución a la gran disparidad entre las necesidades de tratamiento y el número de personas capacitadas para administrar este tratamiento. Durante los últimos veinticinco años, y con especial intensidad... en estos últimos, la popularidad del psicoanálisis y de la psicoterapia parece haber creado unas necesidades que rebasan con mucho nuestra capacidad para satisfacerlas"

(326)

"... Una de las contribuciones más importantes de la Psicología Realista Integral consiste en proporcionar a los enfermos una herramienta que éstos puedan utilizar ... Resulta una experiencia ciertamente alentadora ver como las personas empiezan a cambiar desde la primera hora de tratamiento, a mejorar, a crecer y a liberarse de la tiranía del pasado... Si es posible conseguir que las relaciones entre dos personas pasen a ser creadoras, satisfactorias para ambas y libres de todo temor, de

ello se sigue que lo mismo puede conseguirse de las relaciones con un tercero o con un centenar de otras personas o incluso, si estamos convencidos de ello, de las relaciones entre grupos sociales enteros y hasta entre naciones. Los problemas del mundo, que aparecen expresados cotidianamente en titulares de violencia y desesperación, son, en esencia, problemas de los individuos. Si los individuos pueden cambiar, es posible cambiar el curso del mundo. Esta es una esperanza que vale la pena mantener" (327)

CARACTERISTICAS DE LA PSICOLOGIA REALISTA

1.- Se ocupa equilibradamente, tanto de aspectos esenciales al Hombre, como de cuestiones accidentales.

"En lo esencial, la Personalidad Humana tiene que ser explicada sobre bases comunes a todos Hombres. Sería absurdo pensar de otra manera. Son los atributos inherentes de la Persona Humana como tal, considerada individualmente o como parte de un grupo o conglomerado social. No es posible afirmar, como pretendió hacerlo Freud, que "toda religión es una forma de neurosis", en primer lugar porque él basó sus observaciones sobre este tema, sólo en dos casos de neuróticos, de origen teutón o judío, y típicos del puritano siglo XIX." (330)

2.-Se da una triple influencia en la formación de su Personalidad: la Educación, el Temperamento y el Carácter. Pero no como si fuera una simple suma, sino en una complejísima serie de interrelaciones, se denomina Padre, Niño y Adulto. "

3.- Existen potencialidades específicamente humanas como lo son la Inteligencia, la Voluntad, el Libre Albedrío, la Conciencia de Sí Mismo, la Conciencia Moral, etc.

4.- Existen ciertas causas que explican la esencia misma del hombre, las cuales son:

a) Causa Eficiente, o Autor, que nos hará indagar su Origen. Pretender explicar su esencia, sin tener en cuenta su Origen, es como desconocer intencionalmente de dónde nace un río caudaloso.

b) Causa Final, la que nos mueve o determina para actuar, y que es el propósito o Fin Último para el cual existimos, es decir, nuestro Destino. Hasta ahora, ninguno de los grandes genios de la Psicoterapia, salvo al vez Víctor Frankl, se han ocupado de explicarnos al Hombre, en gran medida, por su Destino Final.

c) Causa Material, o dicho de otra forma, de qué estamos hechos. Parece que en especial los organicistas ha llegado a la conclusión de que somos únicamente materia organizada, sin poder explicarse nada acerca del Organizador, y mucho menos del por qué o para qué estamos organizados.

d) Causa Ejemplar, que se refiere a qué o a quién nos parecemos. Aparentemente, en la actualidad los sabios están convencidos de que se dan más parecidos entre el Hombre y el Chimpancé, que entre el Hombre y su Creador.

e) Causa Formal, que es la que determina lo que esencialmente somos, es decir, nuestra Identidad, quiénes somos.

La psicología realista considera que hay que ocuparse de la trascendencia del ser humano, así como tener claro de donde venimos, el porque estamos aquí y sobretodo entender que existe la trascendencia. Considera que esta es la falla medular de los teóricos de la personalidad ya existentes como por ejemplo Freud, Adler, Rank, Maslow, Sullivan, Erikson, Murray, Allport. Si los psicólogos, pretenden hacer verdadera Ciencia, y no simple artesanía intrascendente, no pueden permanecer como simples mecánicos de la conducta, sin cuestionarse profundamente acerca del Origen, la Identidad y el Destino del Sujeto de su estudio. (329-330)

"En la Psicología como tal no se encuentran las respuestas válidas ni completas para tamañas preguntas, pero sí en la Filosofía. Y hacer Psicología sin Filosofía es como pretender manejar eficientemente una gran computadora, dotada con un enorme disco duro, pero carente de memoria. O como guiar hasta su destino un misil con el radar descompuesto. O más aún: es como pretender que un niño se desarrolle sana e integralmente en ausencia de su madre o persona equivalente." (331)

Hace especial énfasis en los comportamientos o funcionamientos que distinguen a una persona de otra. Es aquello acerca de lo cual las distintas personas muestran grandes diferencias conductuales en intensidad, frecuencia, matiz, calidad, cantidad, volumen.

Son consideraciones y observaciones de naturaleza cuantitativa, de manera que se pueden hacer comparaciones en las actitudes, comportamientos y conductas de dos o más personas, con un lenguaje común y con mediciones más o menos precisas.

5.-Todas las personas somos idénticas, estructuralmente, en cuanto que todas, sin excepción, tenemos un Padre, un Adulto y un Niño.

Pero nos diferenciamos de dos maneras: por el contenido del Padre, del Adulto y del Niño, contenido que es único para cada persona, dado que se trata de grabaciones y mandatos, vivencias y experiencias únicas para cada quien, y por el estilo predominante con el cual trabajamos, amamos, deseamos, pensamos, sentimos, desde cada Egoestado o estado del Yo: el Padre, el Adulto y el Niño, y por la infinita gama de combinaciones de comportamientos y estilos, ya opuestos, ya excluyentes, pero siempre personalísimos y únicos, que se derivan de la combinación de los tres Egoestados básicos.

6.- Tiene una Tipología, la cual realiza la función de iniciarnos cómo las características accidentales, individuales, de cada persona, se van organizado en unidades de comportamiento, conducta o actitud, cada vez más amplias y simples, conforme se aproximan a dar explicaciones racionales y convincentes sobre los estilos de vida que las distintas personas demostramos evidentemente.

Si bien todos los seres humanos, al ejercer la autoridad, el mando o el poder, tenemos un contenido y una combinación de factores única, casi inefable e irrepetible, podremos analizar, comprender y modificar mejor nuestro estilo de mando y nuestra calidad de vida, si nos ayudamos mediante la generalización tipológica que se presenta a continuación y que representa tres estilos o "tipos" radicalmente distintos y opuestos entre sí.

a) El Padre-Padre (el Mando por el Mando mismo o Padre con estilo Padre) En este tipo encontramos el ejercicio del poder por el poder

mismo, el autoritarismo y la imposición. Sin darse cuenta, buscando hacer lo mejor para sus hijos, gracias a su absurda, pero generalmente de buena fe estrategia, logra todo lo contrario de lo que se propone: reforzar las conductas que se ha propuesto cambiar, eliminar, suprimir y modificar.

b) El Padre-Adulto (el Mando por medio de la Razón, o Padre con estilo Adulto) En este tipo encontramos el ejercicio racional, justo y virtuoso de la autoridad, basado en la actitud de servicio hacia quienes dicha autoridad se ejerce. Aquí el Padre busca sinceramente el bien de sus hijos, utilizando principalmente los principios de la educación que los lleve a ser autosuficientes en forma eficaz.

c) El Padre-Niño, (el mando por medio de las Emociones o Padre con estilo Niño) Es el tipo o egoestado que utiliza la autoridad sólo para satisfacer sus deseos, manejando a sus hijos en beneficio de él mismo. Utiliza como método el chantaje, la manipulación, y es, por naturaleza, inconsistente y voluble.

El psicólogo debe procurar explicar el origen de las formas habituales y constantes de expresión de cada tipo, para así entender como es la relación con los hijos, la pareja y padres, así como el comportamiento frente a el ambiente externo, forma de autoridad de los padres, cultura predominante, etc.

Una tipología racional y práctica tiene que explicar, pues, cómo se va realizando el desarrollo de la personalidad, comprender la médula y el origen de las decisiones, los fundamentos de los valores operantes, reales..

Si se habla preferencias, como las que se encuentran en la tipología de Jung, es preciso explicar el motivo, el origen o la causa de tales

preferencias. Por ejemplo, el por qué alguien de hecho es o tal vez decide ser Introverso o Extroverso, Intuitivo o Sensorial, Racional o Emotivo, Enjuiciador o Perceptivo. (331-332)

7.- Cambiar conductas incomprensibles

El ser humano como persona única, en lo particular, sometida al proceso de terapia inherente a la teoría, debe encontrar a su alcance una forma racional y emotiva, integral, lógica, que permita explicarse las conductas, actitudes y comportamientos que hasta hoy no ha comprendido, ni en su formación, ni en origen, y mucho menos en sus consecuencias o formas posibles de modificación

“La buena teoría de personalidad debe incluir una declaración clara de los acontecimientos o hechos que intenta explicar. Muchos teóricos han tratado de explicar la personalidad humana como quien intenta explicar lo que es un barco sin tener en cuenta ni la existencia ni la naturaleza misma del agua en la cual el barco habrá de navegar.”

Los teóricos de la personalidad han fallado al adoptar un idioma de difícil acceso o bien que requiere interpretaciones aún más complejas que el mismo fenómeno humano que intentan explicar. (332)

“El camino más corto es una línea recta. Para alcanzar el equilibrio se necesita vivir de acuerdo con la propia naturaleza. Una naturaleza que nadie, ni el mismo Freud, por más genial que haya sido, puede inventar

Cualquier psicoterapeuta que se respete a sí mismo, su profesión y a sus pacientes, tiene que partir de unas bases objetivas:

Acerca de la naturaleza humana nada es inventable.

Todo es descubrible, porque ningún ser humano fue el creador de nuestra naturaleza, ni nadie pudo inventarse o crearse a sí mismo antes de existir.

La psicología realista elude caer en cualquier forma de reduccionismo simplista.

Actualmente existen ciertos reduccionismos dentro de los cuales se descubren rasgos de genialidad y fragmentos de verdad (34-335)

REDUCCIONISMOS

A continuación se presenta un análisis según el doctor Abascal con respecto a algunos reduccionismos de ciertos teóricos, donde según él mismo dice pueden descubrirse rasgos de genialidad y fragmentos de verdad:

a) Freud. Llevar hasta el máximo la satisfacción del instinto sexual que él llama libido, mientras se minimizan el castigo y la culpa, mediante el principio de la realidad.

Este es un compromiso que se hace necesario por el conflicto inevitable entre el individuo, cuyo instintos son egoístas, y la sociedad, que apunta al bien común.

El principio de la realidad involucra al Pensamiento, como un proceso secundario, que se caracteriza por formular y lograr estrategias para llevar hasta el máximo la satisfacción del instinto mientras minimiza los sentimientos de castigo y de culpabilidad.

b) Murray. Casi igual que Freud, pero en esta teoría se atenúa, pero no del todo, la imposibilidad de evitar el conflicto entre el individuo y la sociedad.

c) Erikson. Similar a Freud. En su versión original, esta teoría defiende que la meta humana consiste en la persecución de los satisfactores esencialmente biológicos, y secundaria o posteriormente la búsqueda de seguridad, esencialmente psicológica.

En una revisión posterior, encontramos la sugerencia de que el deseo principal consiste en la maximización de los satisfacción mientras simultáneamente se minimiza la sensación de inseguridad básica con la cual nacemos.

d) Sullivan. En su versión original, su teoría defiende que la meta humana consiste en la persecución de los satisfactores esencialmente biológicos, y secundaria o posteriormente la búsqueda de seguridad, esencialmente psicológica. En una revisión posterior, encontramos la sugerencia de que el deseo principal consiste en la maximización de los satisfactores biológicos, mientras simultáneamente se minimiza la sensación de inseguridad básica con la cual nacemos.

e) Rank. La obsesión humana consiste en minimizar el miedo a la vida, mientras al mismo tiempo minimiza el miedo a la muerte. Como estos dos miedos son inherentes, pero opuestos, el conflicto es inevitable, y se debe buscar establecer un compromiso de equilibrio.

f) Angyal. Procurar el equilibrio entre la autonomía y la sumisión, como dos formas opuestas, inevitables, de la vida humana.

g) Bakan. Buscar el equilibrio entre el inevitable conflicto que surge de dos fuerzas opuestas: separación e intimidad.

h) Allport. Actualizar nuestras potencialidades inherentes. Esta tendencia sirve para mantener y reforzar a cada ser viviente, no sólo como individuo, sino también como especie. Como no hay nada inaceptable para la sociedad en el desarrollo de las potencialidades inherentes, el conflicto no es inevitable.

Las necesidades del Ego son: recibir reconocimientos positivos por parte de otros y desarrollar buena autoimagen y gran autoestima. Ambas necesidades son vástagos de la misma tendencia a autorrealizarse.

(Lo que este teórico de la personalidad no toma en cuenta, y por ello no se escapa del reduccionismo, es justamente lo que en verdad diferencia al Ser Humano respecto de todos los demás seres vivos: el hecho de que su realización sólo es posible en la Trascendencia Espiritual.)

i) Maslow. El impulso hacia la actualización de nuestras potencialidades inherentes, y el impulso para satisfacer necesariamente el hambre de supervivencia física y psicológica.

La tendencia a actualizarnos lleva al perfeccionamiento de la vida, y se llama "motivación al crecimiento", en tanto que la tendencia a la mera supervivencia sólo asegura el mantenimiento de la vida, y se llama motivación por carencia.

Aunque estas tendencias están jerárquicamente organizadas, de tal forma que se debe satisfacer la necesidad de supervivencia antes que la de actualización, ambas se pueden expresar vigorosa y simultáneamente, y no están verdaderamente en conflicto la una con la otra.

Por supuesto, también es reduccionista. En ningún momento se le ocurre descubrir o reconocer en el Hombre esa insaciable y evidente Hambre de Bien, Verdad y Belleza Absolutos.

j) Adler. Esforzarse continuamente en lograr la superioridad o perfección. Esta tendencia se aplica no sólo al individuo como tal, sino también como un miembro de la sociedad. No existe ningún conflicto necesario entre la persona y su sociedad.

Estas ideas tienen una fuerte implicación de permanente e insatisfecho afán de poderío, superioridad y dominio. Las bases de la tendencia a la superación son las inferioridades orgánicas y los sentimientos inferioridad. La persona vive intentando superar sus reales o imaginarias inferioridades.

Presenta también la noción algo misteriosa del "Yo Creativo", mediante el cual se expresa la capacidad de la persona de ejercer el libre albedrío para trascender la acción de las fuerzas superiores a él. Aunque reconozca el "libre albedrío", dentro de ese "afán de perfección" este autor nunca consideró la verdadera y finalista aspiración humana: conocer y poseer a Dios.

k) White. El ser humano se guía por la necesidad de producir efectos mediante la fuerza de dos tipos de acciones: las que se basan en la necesidad de supervivencia, y las que intentan logros mediante la motivación a la competencia. Probablemente la "motivación de supervivencia" ocurre primero, y se transforma, con la maduración, en motivación para competir.

Asociada con la motivación de supervivencia, encontramos el violento requerimiento del sistema nervioso por obtener información y estímulo. Asociada con la "motivación de competencia" se da la capacidad para competir en la realidad y alcanzar un sentido propio de capacidad competitiva.

Hay que reconocerle a este autor su sagacidad en adelantarse a uno de los descubrimientos más trascendentales para explicarnos el acontecer humano: lo que él llama "requerimientos de información y estímulo", que más adelante los transaccionistas llamarán "el hambre de caricias".

1) Allport. El ser humano procura ante todo funcionar de una manera mediante la cual pueda expresar el propio ego, pero también busca afanosamente realizar la supervivencia biológica. A esta última la llamó "función oportunista".

El Ego es fenomenológicamente superior en la medida en la que busca y logra expresarse a sí mismo, yendo más allá, siendo más importante, más humano y extraordinario, que lo que existe sólo en función de sus necesidades de la supervivencia. Se da un conflicto real entre las dos tendencias.

Se debe satisfacer primero la tendencia a la supervivencia, pero una vez lograda, el intento de expresar el ego vuelve superior a la persona que lo logra. La función oportunista involucra las hambres biológicas de alimento, agua, oxígeno, etc.

La expresión del propio yo incluye el sentido de cuerpo, identidad, autoestima, extensión del Yo, inteligencia racional, imagen adecuada de sí mismo, y el Ego se esfuerza en mejorar todo ello.

La función del propio Yo es proactiva, es decir, transforma el mundo, en tanto que la función oportunista es reactiva, es decir, se deja influenciar por el mundo.

m) Fromm: el Hombre intenta expresar ante todo su propia Naturaleza Humana. En el Hombre, su "naturaleza humana" es sumamente diferente a su naturaleza animal. No existe un verdadero conflicto, primero, porque para el Hombre su naturaleza animal es la cosa menos importante para él, y, segundo, porque normalmente su naturaleza animal se satisface de una manera continua y automática.

La Naturaleza Humana se expresa necesariamente por su afán de relación, mediante la cual busca estar en contacto con las personas y con el universo físico. También busca la trascendencia, que consiste en saberse y aceptarse como un ser individual, separado de las personas y las cosas.

Presenta, así mismo, un fuerte sentido de pertenencia, de arraigo y de identidad, es decir, saber quién y qué es uno mismo. Busca un marco estable de referencia dentro del cual pueda percibir y comprender el mundo. Hay tres tipos de relación entre padres e hijos:

* relación simbiótica, en la cual se relacionan dos o más personas, pero nunca logran su respectiva independencia,

* la relación de huida, retiro o destructividad, en la que se impone una relación negativa y se establecen distancias insalvables o reina la indiferencia, y,

* el Amor, en el que hay respeto mutuo, apoyo, y apreciación positiva del uno por el otro. El desarrollo de la Personalidad es más una realidad o capacidad que nace del tipo de relación entre el niño y sus padres, que de las llamadas "fases", en la demás teorías.

n) Kelly. El ser humano intenta ante todo predecir y controlar los eventos que se van experimentando vivencialmente. Este autor adopta en su idea del Hombre lo que él llama un modelo "científico". Dice que el niño capta y traduce eventos, y va formando estructuras, las cuales, cuando van de acuerdo a sus expectativas, son aceptadas y retenidas porque son placenteras, y rechaza aquellos sucesos o estructuras que no confirman tales expectativas, sobre todo cuando se le escapa la posibilidad de predecir y controlar sus experiencias.

Las estructuras son abstracciones o generalizaciones de experiencias y vivencias concretas. Todas se presentan bajo la forma constante de una dicotomía, por ejemplo, la polaridad "bueno-malo". En su afán de controlar y anticipar eventos, el sujeto selecciona las estructuras que parecen pertinente, y entonces escoge que de los polos de las estructuras pertinentes que aplicará.

La Ansiedad es el resultado del conocimiento de que los eventos con los que el niño se tiene que confrontar caen fuera de sus capacidades de predicción y por lo tanto de su capacidad para controlarlos.

La Hostilidad nace del continuo esfuerzo por obtener a como dé lugar la evidencia de que las predicciones sociales y de relación interpersonal son seguras y válidas. Por ningún motivo el niño aceptará ver repetidas sus experiencias subjetivas de fracaso, y estará dispuesto a entrar en guerra, en franca hostilidad, con tal de no repetir sus experiencias de pérdida de seguridad, control y predicción.

La Culpa nace del sentimiento y del conocimiento de la incapacidad del Ego para mantener en equilibrio central las estructuras creadas y aceptadas como predecibles, válidas y anheladas.

ñ) McClelland. El objetivo central de la persona es minimizar diferencias grandes entre las expectativas y los sucesos reales ardientemente esperados, al mismo tiempo que busca maximizar la distancia o las diferencias pequeñas entre las expectativas y los anhelados sucesos. El niño desea por encima de todo reducir los grados de impredecibilidad del futuro para evitar la incertidumbre y compensar el fastidio. Evita a toda costa altos niveles de impredecibilidad para no sentirse gravemente amenazado.

Las "Expectativas" o "Esperanzas" son las "unidades cognoscitivas", y se refieren a lo que niño cree que serán los eventos esperados, en intensidad, calidad, frecuencia, volumen y oportunidad. Las emociones y sentimientos positivos y agradables nacen de la concordancia entre la expectativa y el suceso real, y los sentimientos y emociones negativos, desagradables, son las reacciones inherentes a diferencias que van, desde muy pequeñas, hasta enormes e intolerables, entre las expectativas y los sucesos reales.

Los sentimientos positivos así logrados permiten entonces el acercamiento interpersonal y la exploración exitosa del mundo externo, en tanto que la suma de las experiencias frustrantes facilitan la formación de reacciones de rechazo, aislamiento y anulación de las relaciones, tanto con las personas como con el mundo de los objetos materiales.

o) K. Lewin. Este autor, que ha sido influenciado por la psicología de la forma, ha insistido en que el medio no es una noción objetiva. El medio es lo que percibimos como nuestro medio. Dos individuos colocados objetivamente en el mismo medio no lo estructuran de la misma manera, ya que su estructuración estará influida por su personalidad, su experiencia y sus necesidades. Este medio idéntico tendrá pues para los dos sujetos significaciones diferentes e influirá de modo distinto su comportamiento psicológico. Si tomamos el ejemplo del clima afectivo, del medio familiar, y si queremos saber cómo se combinan con los elementos hereditarios de la personalidad para modelar el desarrollo del niño, debemos recordar que la acción final dependerá de la manera en que estos elementos hereditarios determinen ellos mismos el modo de percepción del medio. Se debe a estas interacciones constantes la dificultad para establecer el papel correspondiente a la herencia y al medio, y la posibilidad en el estado actual de conocimientos, de adoptar actitudes divergentes en la interpretación de los hechos".

p) Fiske y Maddi. El ser humano intenta, como tendencia central y primordial para explicar su personalidad, mantener el nivel de activación o impactos al que se va acostumbrando cada individuo. Es decir, cada quien

tiene su propio nivel de impacto, estímulos o actuaciones deseados y esperados.

Si en cualquier momento el nivel de activación o impactos es mayor o menor al acostumbrado, el niño recurrirá a tratar de anular el impacto o la activación excesiva, o bien, si es menor al esperado, a buscar a como dé lugar una activación y un conjunto de impactos mayores.

El término "Activación" se refiere al aspecto psicológico acostumbrado para reaccionar con excitación o tensión, y el aspecto fisiológico se refiere al estado de excitación postulado o buscado por el sistema nervioso central.

El "Nivel de Activación Acostumbrada en cualquier momento es determinada por el impacto de los estímulos. Esta es una característica personal e irrepetible que se refiere a los niveles típicos de activación que una persona concreta experimentó durante el curso de muchos días, incluso años.

El nivel de activación se mide por la fuerza del estímulo, por su intensidad, su significatividad, y por la variedad de los estímulos que emanan de fuentes interiores y exteriores.

Cuando el nivel real de activación se ha caído por debajo de lo que el sujeto tiene como costumbre, inmediatamente busca su reactivación o elevación, en todos sentidos.

Cuando el nivel real de activación sobrepasa a la conducta acostumbrada, el sujeto busca disminuir o atenuar la violencia de los estímulos. (335-339)

TERAPEUTA REALISTA

Así pues se considera realísticamente hablando que el verdadera terapeuta:

a) Deberá estudiar al Hombre enfermo en su continuidad, es decir tomar en cuenta el aporte hereditario innato y las estructuraciones y mandatos adquiridos durante los condicionamientos de la infancia y la adolescencia;

b) Deberá estudiarlo en sus interrelaciones con el medio, es decir analizar de muy cerca las ligas que unen las condiciones de vida con la enfermedad;

c) Deberá estudiarlo en su totalidad, es decir analizar la interdependencia que los órganos enfermos establecen entre ellos bajo el control superior del sistema nervioso, sin caer por ello en un organicismo simplista.

d) Resulta también evidente que este ensamblador, este psicoterapeuta de tipo superior, deberá adquirir una formación especial. Además de los conocimientos médicos básicos habrá de estar familiarizado con ciencias conexas, auxiliares o relacionadas. La genética, el conductismo, la bioquímica cerebral, la endocrinología, la neurología, etc.

e) Al ensanchar su horizonte de intereses se verá irremediablemente confrontado a problemas sociales, económicos, políticos, filosóficos y aun religiosos.

Fundamental será que proporcione el reconocimiento, tiempo y caricias, sin ninguna involucración sexual o psicoafectiva de tipo transferencial. En todo caso, si la transferencia se presenta, es sublimada y

analizada abiertamente, pero no consentida más allá de estrictas normas éticas de lealtad y fidelidad, desprendidas de las Virtudes de la Templanza y la Prudencia.

Se involucra en su problemática, pero sin afectarse, preocuparse o deprimirse por ella. Pero mantiene el interés durante el tiempo requerido, sin hacer sentir al paciente que él la única persona más importante, sino que además existen otros pacientes y otras actividades.

Expresa la mejor opción que deberá seguir, basándose en los valores universales, fruto de un descubrimiento que el paciente no puede hacer por sí mismo, en esta cultura mexicana actual llena de mitos, desinformación, ignorancia, fanatismo, opresión, información sin educación y aplastamiento masivo de la capacidad de discernir, gracias a la acción de los mas media.

Tiene claro lo que es bueno y lo que es malo, no como resultado, ni principal ni únicamente a partir de sus experiencias personales, sino de la naturaleza misma del hombre, sustentándose para su conocimiento en la Filosofía realista, desde Aristóteles hasta Maritain, Lonergan, Habermas, Popper, etc.

Podrá poner de ejemplo en ocasiones algo acaecido en él, tanto en sentido autocrítico como en sentido de logro, procurando evitar tanto una humildad excesiva como una presunción inflada.

Esta obligado, al menos, a plantearse esas cuestiones.

Algunos han concebido la muerte como parte de una compleja programación genética. Pero esto no explica nada, porque esta pretendida explicación es precisamente el problema.

La muerte nos envía a las preguntas clásicas:

¿Es la vida absurda?

Y si no, ¿qué es la Vida?

Y así se cierra para el que no se abre a la Filosofía el círculo vicioso: vida, muerte, pregunta, ignorancia, del que ninguna ciencia concreta puede darnos respuesta alguna.

Así pues, el problema del significado de la historia es el problema del significado del Hombre, el problema del significado de la vida humana. Estamos en una encrucijada, entre la aniquilación de Occidente contra Oriente, o la unificación de la humanidad. Si alguna vez ha sido el momento de plantear problemas fundamentales, es ahora.

Al carecer de un idioma comprensible para las personas comunes, una teoría no puede ni siquiera proponer lo que piensa explicar

Se requiere de una teoría que incluya en su declaración de principios una forma de entender las características intrínsecas al Hombre, para así entender lo esencial.

No nos sería posible considerar a los Hombrés como hermanos que comparten unos atributos en virtud de su especie común, ni nos sería posible considerar alguna explicación racional acerca de cómo o por qué cualquier funcionamiento adecuado deja de ocurrir en la ausencia de causas intrínsecas que desconocemos.

El doctor Abascal pretende acabar con el pensamiento radical respecto que los actos humanos significan cualquier cosa que ellos quieren que signifiquen, nada más y nada menos. Elevan a la categoría de dogmas sus ideas preconcebidas, fundadas sólo en experiencias personales

limitadas y subjetivas, carentes de fundamentación filosófica, para definir o explicar la Personalidad Humana, y cometen una terrible arbitrariedad.

El problema con la mayoría de las teorías de personalidad, tanto arcaicas como en boga, es que ofrecen casi sólo formulaciones implícitas. Quedan sin explicitar ciertos conceptos fundamentales sobre la Naturaleza Humana, tales como su Libertad, su Trascendencia, su Inmortalidad, su anhelo insaciable de Absoluto, y por ejercen una poderosa influencia para llegar a conclusiones y formas de vida ambigua, frecuentemente incoherentes e incluso inhumanas. Además, casi todas las teorías usan lenguajes figurativos, metafóricos, plenos de formulaciones analógicas y mágicas que también crean ambigüedad e inconsistencia.

Se requiere que mediante la teoría las mismas personas (pacientes) les sea posible entenderse mejor a ellas y sus semejantes, de esta manera conocer con mayor certeza o menor grado de error, la explicación a conductas hasta hoy inexplicables.

Para llevar a cabo la terapia ésta se efectúa en sesiones individuales la reparentalización el método mediante el cual el terapeuta ayuda al paciente a reestructurar sus egoestados, a partir de un Padre Nutriente (el terapeuta), que actúa como informador, ormador, educador, líder, (hace que QUIERAN), protector, arrancador, potenciador, manteniendo un equilibrio, para lo cual, tendrá que asumir el papel de PADRE, a quien en ocasiones el paciente enjuiciará, cuestionará o quizá agradecerá

La terapia en grupo ayuda al proceso de la individual, no pueden darse resultados si no existe la grupal, ya que sería imposible transmitirle al paciente en forma individual todo aquello que se dice en la grupal

Decía Iggor Carusso: "Muchas fijaciones y regresiones e incluso las substituciones e identificaciones, son.... absolutizaciones neuróticas de valores relativos...". Y que... llegamos a la concepción de que en el fondo de las neurosis hay una absolutización de valores que son meramente relativos...". Por eso es tan importante, en el proceso de psicoterapia de las depresiones, hacer que el paciente quiera dejar de absolutizarse como "el ombligo del mundo", dentro del cual se deprime, para considerarse un ser intencional, ontológica y teológicamente llamado a poseer y a conocer a Dios, y este descubrimiento sólo puede ser causado por un terapeuta fuerte, paternal, capaz de sostener a lo largo del proceso una gran fuerza persuasiva, no manipulatoria, intelectual y afectivamente convincente, a fin de que el paciente concreto se identifique con el paciente esencial, en su ruta hacia el Absoluto (337-342)

Bibliografía Capítulo Tres

- 1.- Colección La Familia Integrada vive mejor
Dr. Juan Bosco Abascal
Editorial Reingeniería Humana
1997

CAPITULO IV

METODOLOGIA

TIPO DE DISEÑO

Es un experimento de campo a nivel descriptivo con un diseño preexperimental llamado pretest, postest de un sólo grupo.

El tipo de investigación preexperimental es usado en gran número de la investigación educativa, social y psicológica en los cuales el investigador no puede controlar las variables que afectan al objeto de su estudio. Estas situaciones son consideradas como preexperimentales, ya que, aun cuando tratan de incorporar algunos de los procedimientos experimentales, no aplican el principal de ellos: el control experimental.

- Un diseño se considera preexperimental cuando es incapaz de producir por lo menos una comparación formal, como señala Campbell.

Así pues, se puede medir al mismo sujeto o grupo de sujetos antes de la aplicación del tratamiento experimental (VI) y después de la misma.

Al medirse a los sujetos antes (pretest) del tratamiento y después de éste (postest), se puede comparar el cambio en algún índice de la conducta de los sujetos. Debe tenerse especial cuidado en buscar un punto de referencia independiente de las dos partes involucradas. Se puede

razonar que la VD se puede ser afectada por variables como X Y Z. Todos éstos son puntos de referencia que no dependen de lo aplicado durante el pretest y el postest, ni tampoco de la medida de ejecución de la VD. Tales puntos podrían ayudar al investigador a salir de su circularidad, si tan sólo el investigador pudiese demostrar que ninguna de estas otras variables afectó a su VD, podría salir de la circularidad de su argumento, demostrando la utilidad de su diseño y la eficacia de su sistema por ejemplo.

En esta investigación decidimos utilizar este diseño debido a que se medirá al inicio el puntaje que arrojan los sujetos con respecto al nivel de depresión, posteriormente se realizará el tratamiento propuesto y al término de éste se aplicará nuevamente el instrumento de medición efectuando así un postest que permita observar los resultados entre antes del tratamiento y después del tratamiento.

El control de la variable independiente que en este caso es el tratamiento, se llevará a cabo en una situación y clima real, ya que los sujetos estarán realizando su vida en forma cotidiana y de manera paralela será controlada dicha variable. El control y manipulación de la variable está en manos únicamente del investigador. Por lo que la validez externa es alta.

Por el tipo de diseño se requirió tener específico cuidado con el control de las variables extrañas, es por ésto que en cada una de las sesiones se llevó a cabo una medición al respecto. En este caso era muy probable, que los ausentismos a las sesiones así como algún disgusto provocado en el medio alterara los resultados de la variable independiente. Estas precauciones al respecto aumenta el control sobre la variable independiente disminuyendo la falta de precisión, dando como resultado que la validez interna no sea considerada baja.

Se consideraron factores como podrían atentar la validez interna como son circunstancias propias de cada sujeto que relacionadas con edad, cansancio debido al trabajo, actividades realizadas. Esto se controló mediante la homogenización de los sujetos en cuanto a que la edad fluctuara entre los 35 y 40 años, fueran del sexo femenino, amas de casa, profesionistas, católicas con dos hijos y durante el tratamiento no modificaron alguna de las características anteriormente mencionadas.

El lapso entre la aplicación de las pruebas en cuanto al pretest y el postest fue adecuado, no pudiendo haber manipulación por parte de los sujetos por el conocimiento previo de los reactivos ya que transcurrieron 12 meses para la nueva aplicación de las escalas.

Los sujetos fueron seleccionados al azar, únicamente se vigiló que reunieran las características para así tener un grupo homogéneo.

No existió deserción de algún sujeto durante la investigación. Debido a lo explicado se considera que la investigación no adolece de validez interna.

SUJETOS

Los sujetos fueron elegidos en el Instituto de Reingeniería Humana ubicado en las Lomas de Chapultepec en la ciudad de México.

La selección de los sujetos que aparecen en esta investigación fue obtenida del total de pacientes que asistían al Instituto.

Efectué una entrevista inicial para obtener datos personales así como para solicitarles si podrían participar en este proyecto, comentándoles que serían en forma anónima los resultados que se obtuvieran, así como explicándoles que se pretendía conseguir obtener información respecto al tratamiento al que serían sometidos.

Se eligieron 47 pacientes de sexo femenino con depresión con características que a continuación se describen:

Estado civil:	Casadas
Edad:	Entre 35 y 40 años

Escolaridad:	Profesionistas
Ocupación actual:	Añas de casa
Número de hijos	Dos
Nivel socioeconómico	Medio (con residencia en el D.F. área metropolitana)
Religión	Católica

HIPOTESIS

La intervención del tratamiento reduce los puntajes del nivel de depresión en las subprueba de MMPI y Escala de Hamilton

VARIABLES

V.D. Es el nivel de depresión

V.I. Tratamiento

V. E Discusiones que alteren el estado de ánimo
Ausencia a las sesiones

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

- 1.- Elección de pacientes de acuerdo a características anteriormente descritas
- 2.- Aplicación de las escalas de M.M.P.I. y Hamilton
- 3.- Aplicación del tratamiento de acuerdo al procedimiento terapéutico

4.- El procedimiento del tratamiento fue todo el tiempo observado por el investigador

5.- Aplicación de las escalas de M.M.P.i. y Hamilton al concluir el tratamiento

6.- Vaciado de datos y exposición de resultados

Se inició el tratamiento en el mes de junio de 1996 y concluyó el mes de mayo de 1997 el calendario de las sesiones es como se expresa a continuación:

	Individuales	Grupo
Junio	2	4
Julio	2	5
Agosto	2	4
Septiembre	2	4
Octubre	2	5
Noviembre	2	4
Diciembre	2	5
Enero	1	4
Febrero		4
Marzo		4
Abril		5
Mayo		4
TOTAL SESIONES	15	52

PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

En el capítulo tres se expusieron los principios bajo los cuales se rige este método que es dirigido e impartido por el Dr. Juan Bosco Abascal, así como los temas que son abordados.

El objetivo principal del tratamiento terapéutico es: Demostrar que el dolor humano tiene su origen principalmente en la violación voluntaria o inconsciente del orden moral universal, y que por ello es indispensable formarse en la libertad con responsabilidad a la vez que salir de esa ignorancia inconsciente.

El proceso se compone de dos tipos de sesión.

a) Durante 8 meses 15 sesiones individuales con duración de 50 minutos

b) Durante 12 meses 52 sesiones grupales con duración de tres horas cada una

a) Sesiones individuales

Realizadas en un cubículo pequeño, dispuesto con un escritorio y dos sillas acojinadas imitación piel color negro. (una para el terapeuta y otra para el sujeto)

1.- El sujeto exponía la problemática por lo que estaba atravesando

2.- El terapeuta, señalaba los aspectos donde el paciente violaba alguna ley natural o valor universal

3.- El terapeuta reforzaba por medio de metáforas o situaciones vivenciales lo trascendental de vivir bajo las leyes naturales y valores universales

b) Sesiones grupales de 10 personas máximo

Las sesiones grupales se realizaban en un salón con buena acústica, conformado por un pizarrón blanco, sillas metálicas color gris acojinadas dispuestas en U donde el terapeuta se mantenía frente al grupo.

El material que se utilizó fue: Pizarrón blanco, hojas de rotafolio, papel blanco y lápiz

Al término de las sesiones se entregaba material impreso sobre el tema tratado.

DINAMICA DE LAS SESIONES GRUPALES

1.- El terapeuta explicaba el objetivo de la sesión

2.- El terapeuta exponía el tema a tratar ese día

3.- El terapeuta solicitaba a los sujetos que expusieran alguna vivencia o dificultad acorde a lo que estaba tratándose. (en ocasiones

solicitaba permiso a algún paciente para exponer en concreto la problemática tratada en la sesión individual)

4.- De acuerdo al argumento tratado en la sesión se proponía alguna opción viable y factible

5.- Retroalimentación del grupo moderado por el terapeuta al inicio de cada sesión donde se retomaba lo que se explicó en la sesión pasada.

6.- Cada sujeto exponía si había logrado mantener la conducta o solución propuesta la semana pasada.

7.- En caso de fracaso, el terapeuta volvía a explicar la conveniencia de modificar esa conducta

8.- Cada diez sesiones se obtuvieron testimonios de los propios pacientes en cuanto al cambio que percibían en ellos mismos.

Paralelamente al tratamiento se efectuaba:

a.- Control de asistencia en sesiones individuales

b.- Control de asistencia en sesiones grupales

c.- Reforzamiento de lo aprendido en la sesión anterior (mediante información escrita que se entregaba a cada paciente así como dedicar los primeros veinte o treinta minutos de cada sesión grupal a la conclusión de la sesión)

d.- Repetición de los estímulos a fin de que el aprendizaje fuese continuo

e.- Seguimiento de si el sujeto realizaba o no las tareas encomendadas

f.- Seguimiento respecto de los cuatro testimonios ofrecidos por el paciente

Al término del tratamiento, el paciente exponía al resto de los pacientes el cambio que experimentó y los avances que mantenía ahora en su vida diaria.

El terapeuta entregaba un diploma que simbolizaba el haber dejado atrás los aspectos que le impedían tener tranquilidad y el lograr un cambio en su vida iniciando así un entendimiento hacia la trascendencia del individuo.

RESULTADOS

En el test de Hamilton puede notarse que de acuerdo a los reportes obtenidos entre la comparación entre el pretest y posttest observando el resultado de las gráficas presentadas con respecto al Número de Sujetos de la investigación y la diferencia en cuanto al puntaje en la escala, fluctuaba entre 40 y 12 puntos en el pretest y de 17 y 2 puntos en el posttest. Cabe hacer la aclaración que el total máximo que podría esperarse es de 63 puntos por sujeto al contestar los 21 reactivos.

Al analizarse la gráfica que presenta el Promedio obtenido de cada Sujeto respecto a la escala de Hamilton puede notarse que en el pretest se encuentran entre .57 y 1.90 mientras que en el posttest fluctúan entre 0 y .81

El número de reactivos que contiene la escala de Hamilton es de 21 y el total promedio esperado si en cada reactivo se alcanzara la puntuación más alta sería de 141.

En la gráfica de Test de Hamilton de Totales de Reactivos puede notarse que el total en el pretest fue entre 107 y 10. Después de efectuado el tratamiento y obtenerse el resultado del posttest se observa que los resultados fluctúan entre 37 y 0 puntos

En la gráfica Test de Hamilton que presenta Promedio Reactivos, se presentan los resultados del promedio de cada uno de los 21 reactivos donde se expresa la disminución de cada uno de los reactivos respecto al pretest de .21 a 2.28 y en el posttest de 0 a .79

Con ambos resultados, especificando el comportamiento de los sujetos y los reactivos se deduce que existe disminución en cada uno de los reactivos y en todos los sujetos una vez aplicado el tratamiento objeto de esta investigación.

Puede decirse por lo tanto que existe después del tratamiento aplicado a los sujetos una disminución promedio de 70% de acuerdo a la diferencia de resultados entre pretest y posttest

A continuación se muestran los reactivos que en el pretest se elevaban con respecto de los demás en forma promedio de los 47 pacientes fueron los que a continuación se mencionan:

Reactivo 1.- Talante depresivo (tristeza, desesperanza, impotencia, desamparo)

El paciente refiere esos síntomas en su comunicación verbal y no verbal.

Reactivo 11.- Ansiedad somática

(Catalogada como severa)

Reactivo 10.- Ansiedad psíquica

(Actitud ansiosa aparente en la expresión de su cara)

Los reactivos que en el pretest no eran significativos de acuerdo con los resultados señalan que son los siguientes reactivos:

Reactivo 17.- Conciencia de enfermedad (Todos manifestaban darse cuenta de estar deprimido y enfermo)

Reactivo 20.- Síntoma paranoides (Ninguno presentaba manifestación alguna de síntomas paranoides)

Considerando las gráficas de Reactivos se observa en el pretest que los sujetos obtenían alta puntuación en el reactivo 1, 10 y 11 lo que corrobora lo explicado anteriormente, y así mismo que en los resultados del posttest disminuye considerablemente.

De acuerdo a los resultados que arrojan el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI los cuales se encuentran en las gráficas del sujeto 1 al sujeto 47 donde se incluye únicamente la escala de depresión; así como la gráfica de Comparativo pretest-posttest MMPI de cada uno de los 47 sujetos puede observarse que los sujetos de la investigación se encuentran dentro de la tríada neurótica así como la escala de depresión notoriamente por encima de las demás.

Los MMPI en todos los casos se encuentran dentro del margen de validez y confiabilidad lo cual permite continuar exponiendo los resultados obtenidos al respecto.

Alcanzan una marca de 84 promedio al llevarse a cabo la aplicación del pretest, mostrando una disminución notoria en todos los sujetos en la escala que mide el nivel de depresión. Una vez realizado el tratamiento y aplicarse el postest, hablamos que el promedio que alcanza la marca para la escala de depresión es de 64.

En los resultados con respecto al pretest del postest de la subescala de depresión se nota que el comportamiento del grupo de sujetos fue de manera homogénea notándose disminución en todos y cada uno notándose aproximadamente una disminución del 20

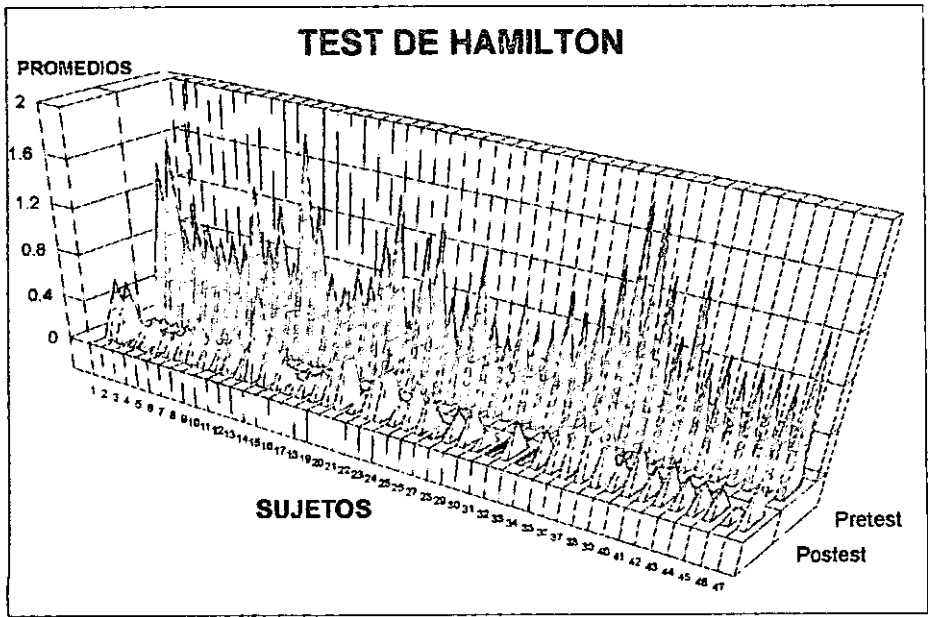
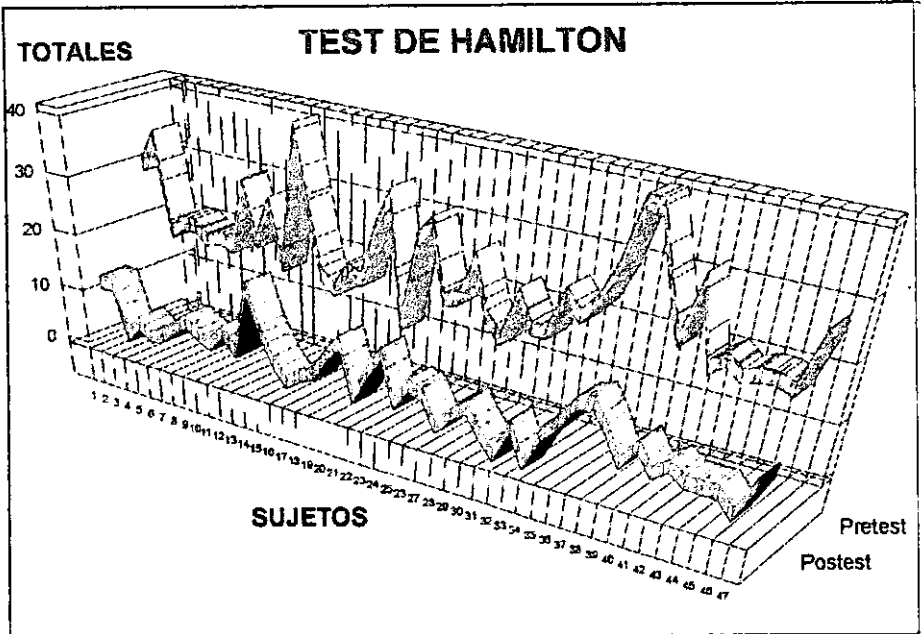
Resulta importante mencionar que todas las subescalas del MMPI disminuyeron con respecto del postest al pretest

Respecto al tratamiento podemos observar que la asistencia a las sesiones grupales es de 94 a 100% y que a las sesiones individuales es de 93 y 100%, así como también es importante analizar que las faltas no ocurrieron antes de la quinta sesión en el caso de la individual ni antes de la cuarta en el caso de la grupal.

Los 47 sujetos iniciaron y terminaron el tratamiento, ninguno desertó al proyecto propuesto

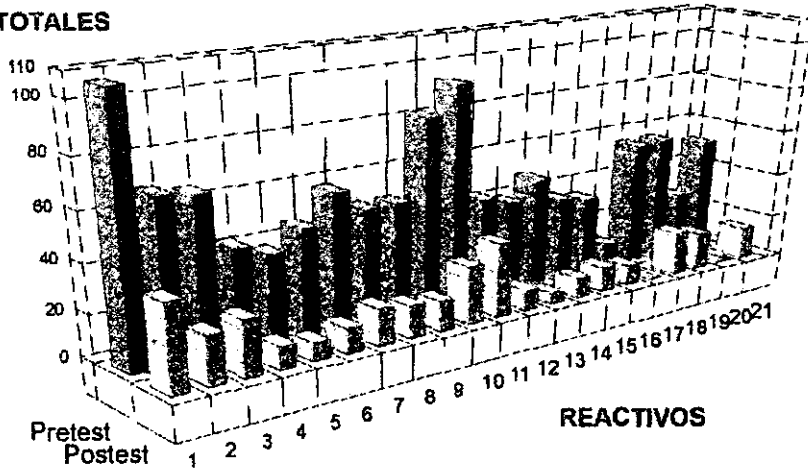
Al analizar en forma general cada uno y en grupo el comportamiento de las subescalas del MMPI en el pretest y en el postest, se nota una disminución o bien la misma puntuación; sin embargo como el objeto de esta investigación es respecto de la subescala de depresión, no se comentará más sobre las otras subescalas

Los ausentismos presentados durante el tratamiento así como disgustos ocurridos no fueron determinantes en el resultado de la investigación ya que no existe diferencia significativa entre pretest y postest entre los sujetos en quienes no se presentó estas variables y los que sí las tuvieron



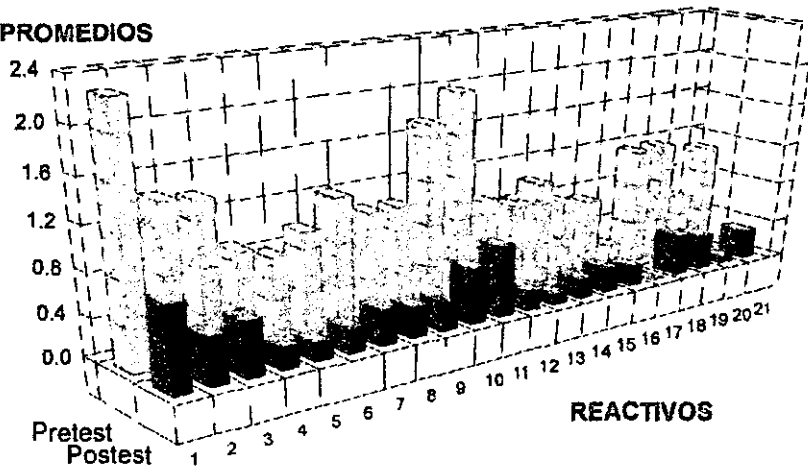
TEST DE HAMILTON

TOTALES



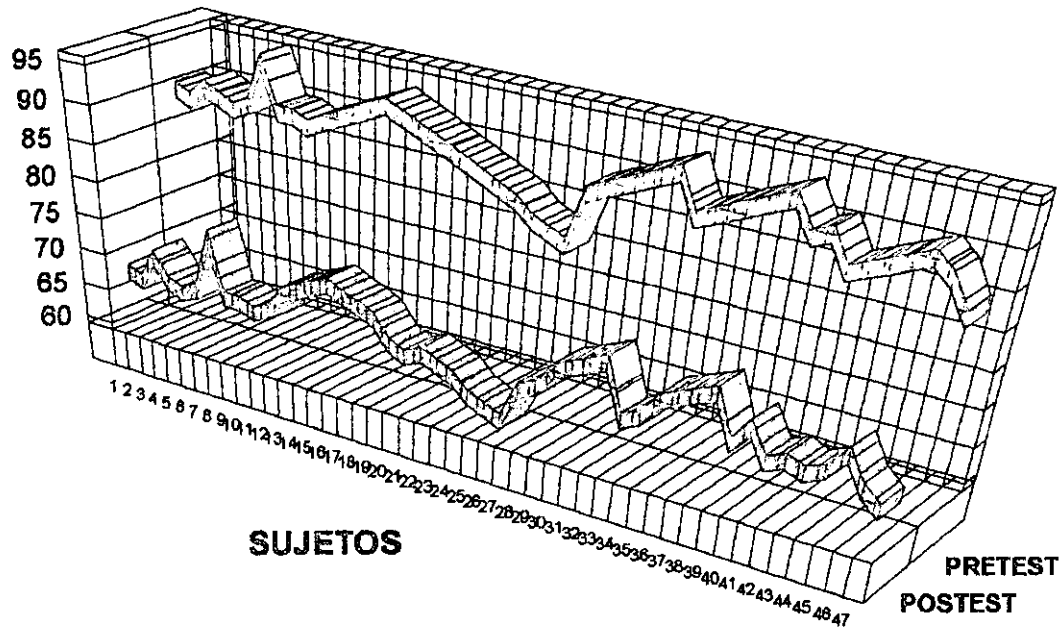
TEST DE HAMILTON

PROMEDIOS

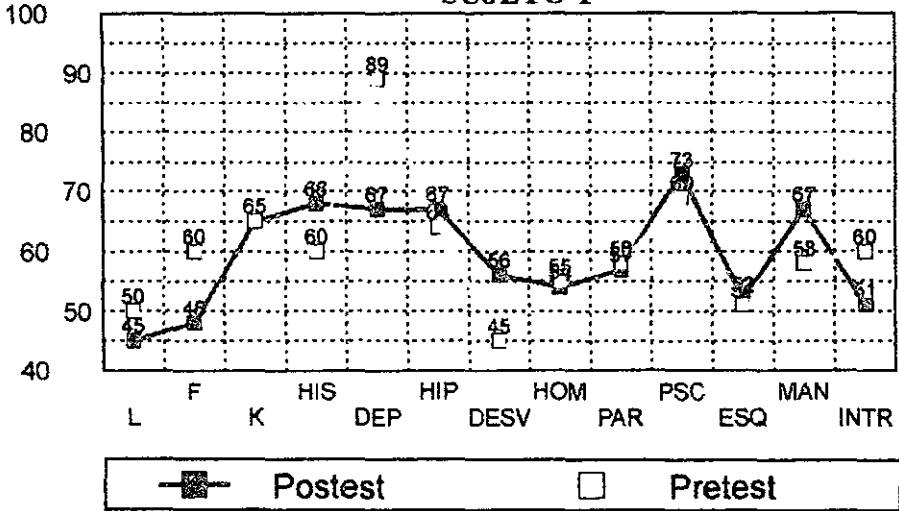


COMPARATIVO PRETEST-POSTEST MMPI

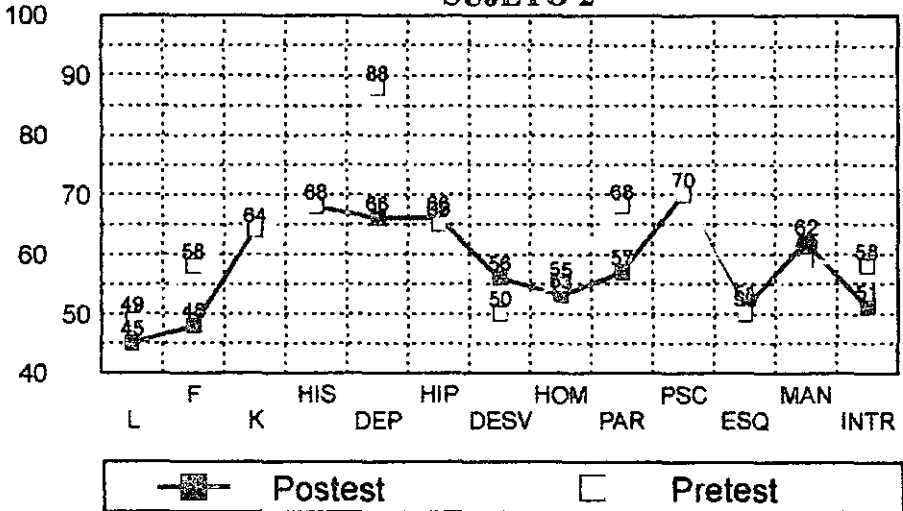
Escala de Depresión



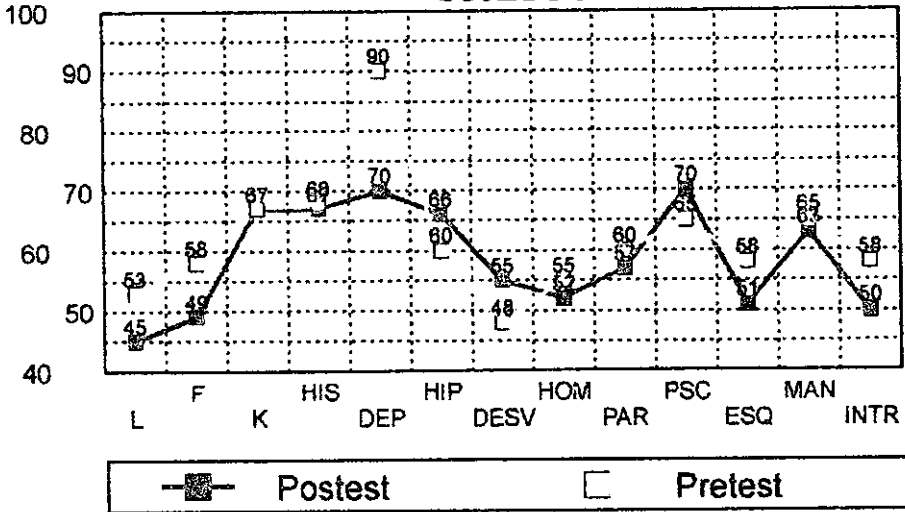
MMPI SUJETO 1



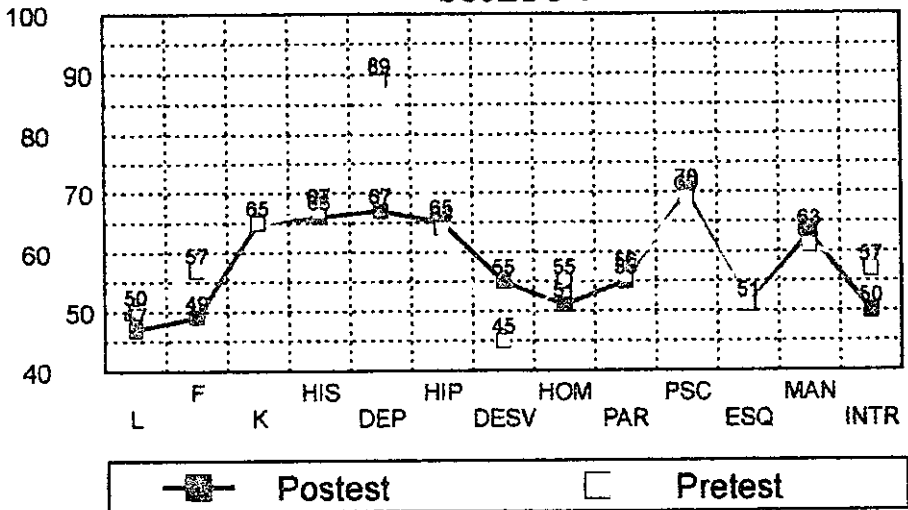
MMPI SUJETO 2



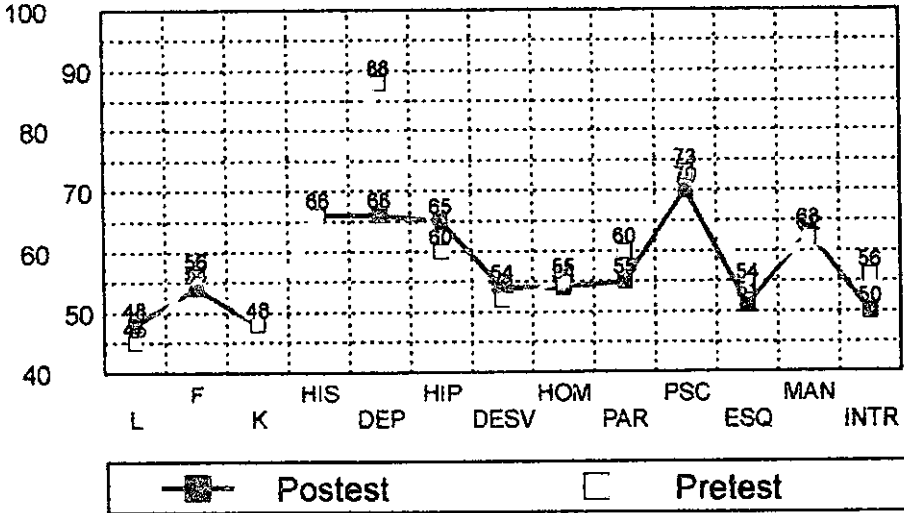
MMPI SUJETO 3



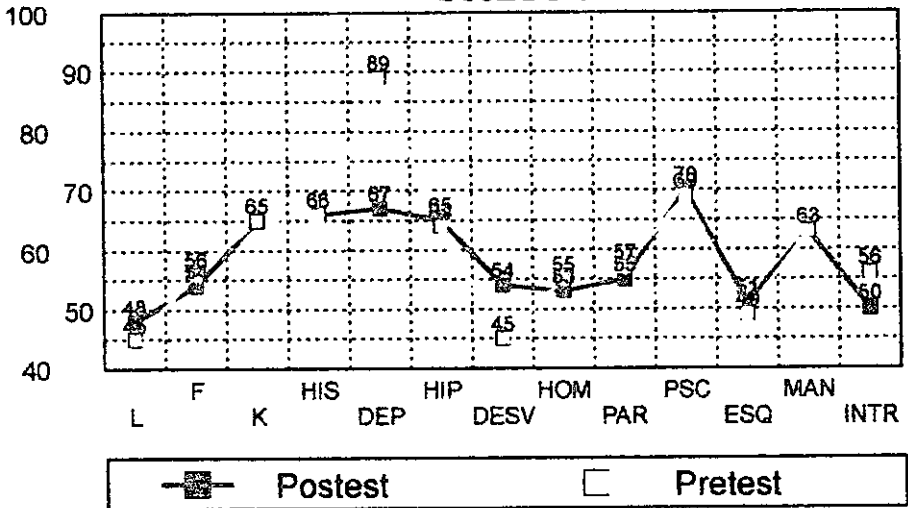
MMPI SUJETO 4



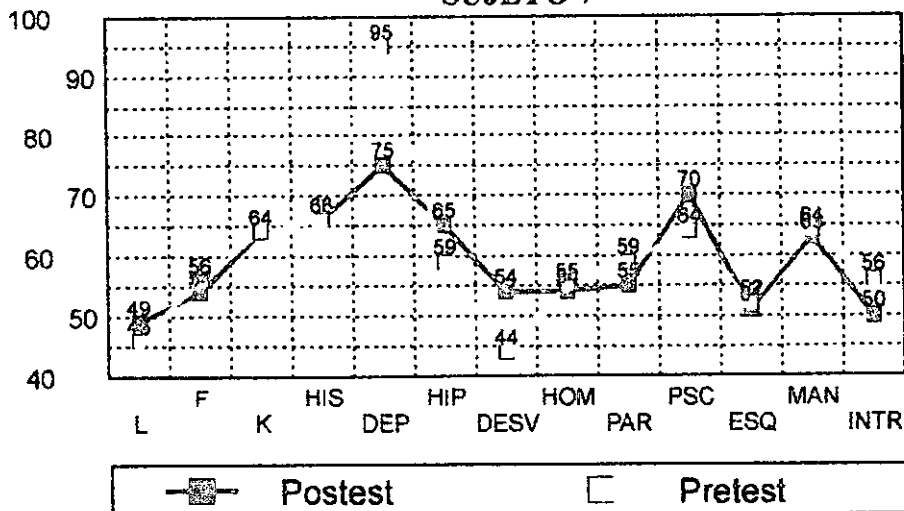
MMPI SUJETO 5



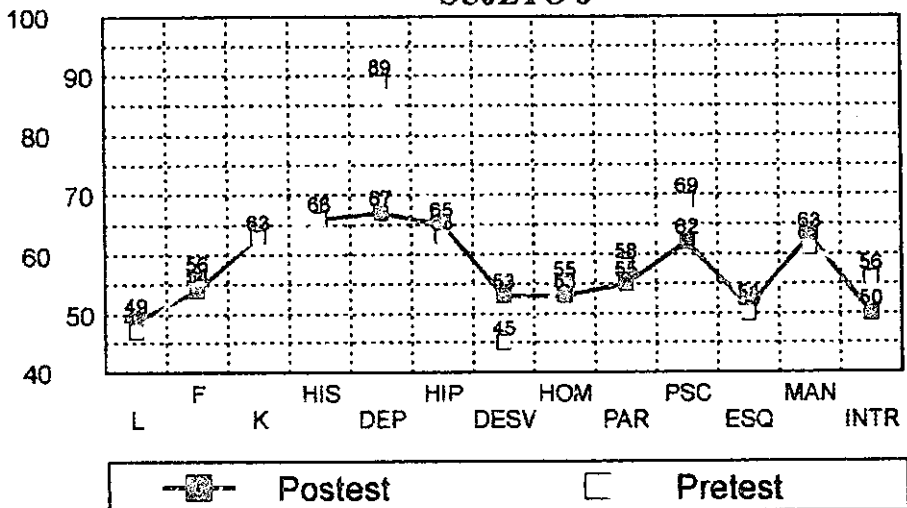
MMPI SUJETO 6



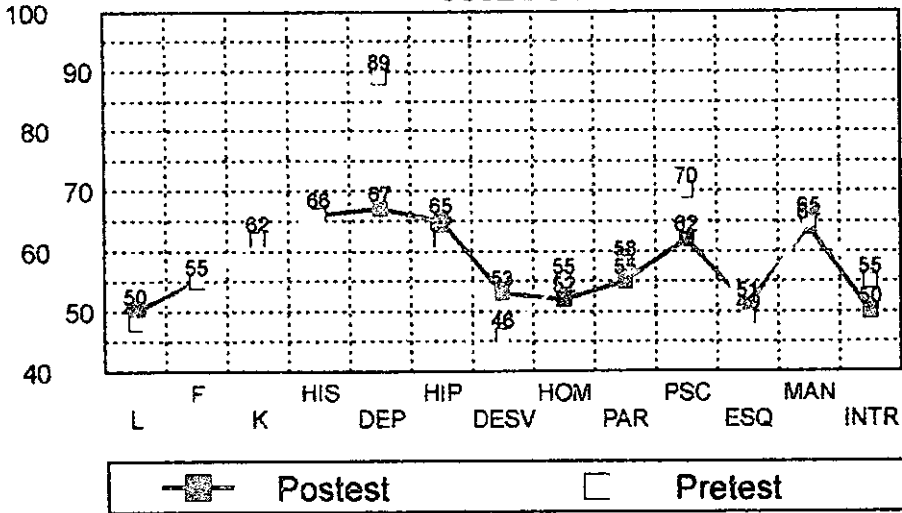
MMPI SUJETO 7



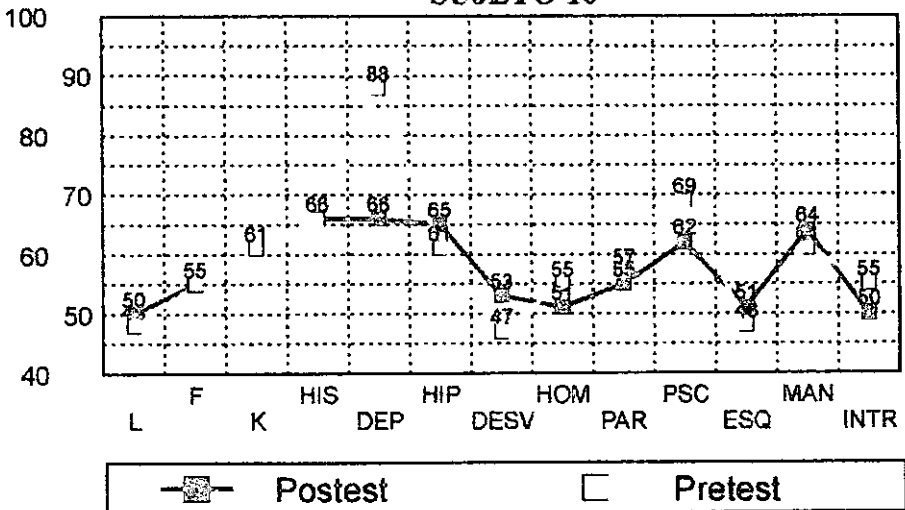
MMPI SUJETO 8



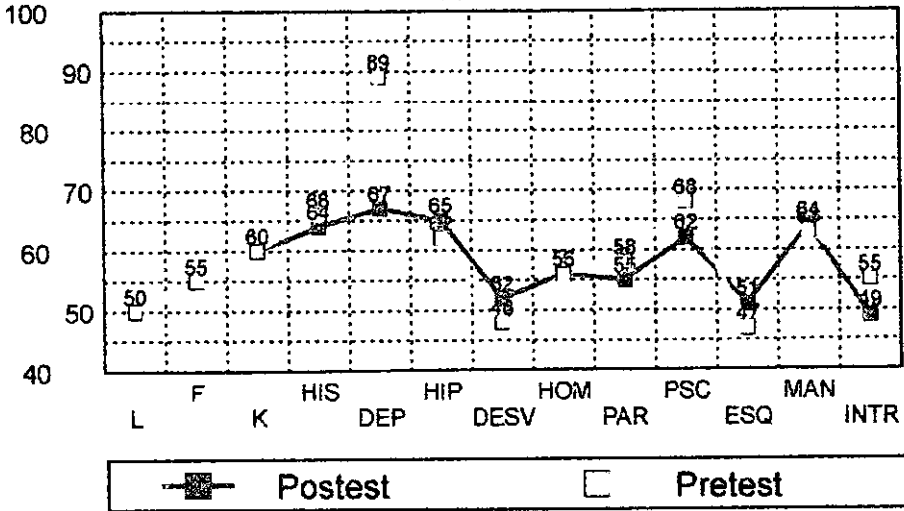
MMPI SUJETO 9



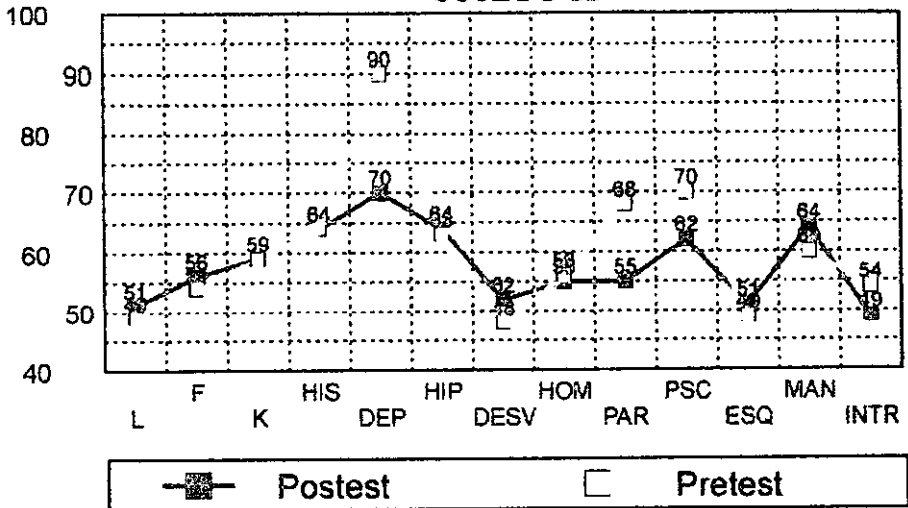
MMPI SUJETO 10



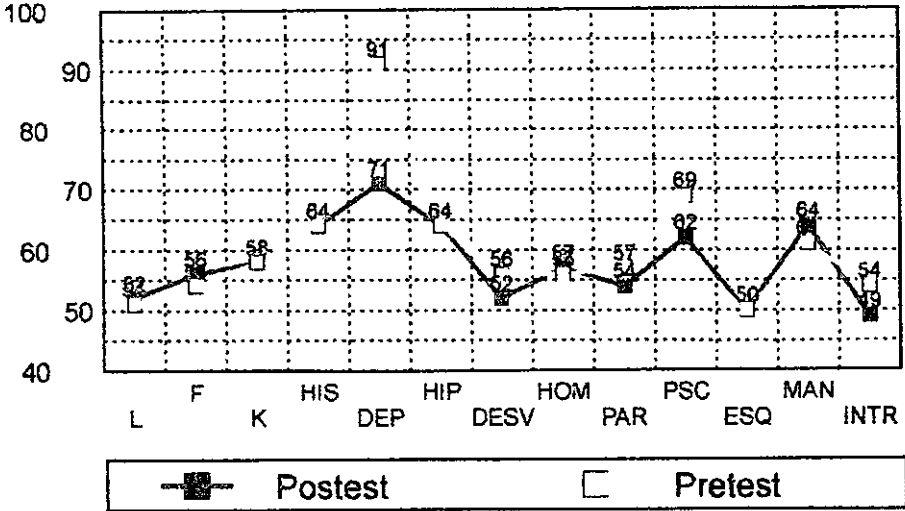
MMPI SUJETO 11



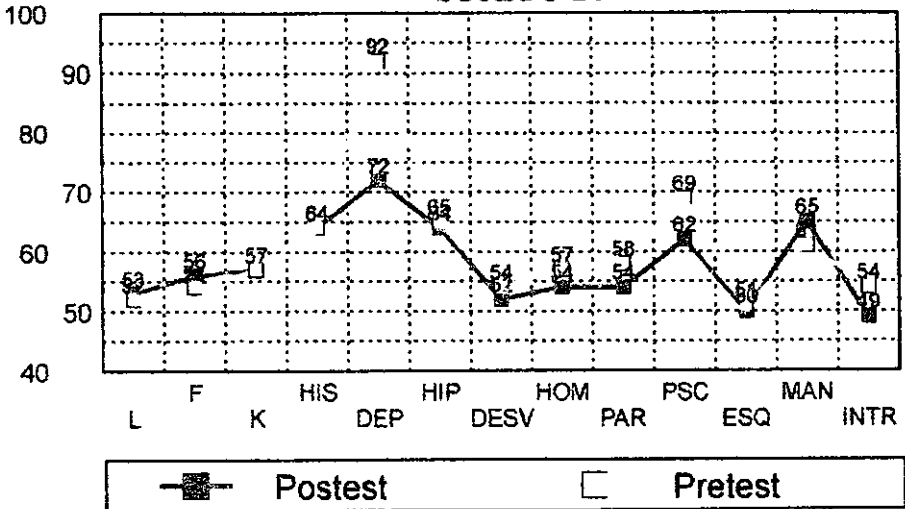
MMPI SUJETO 12



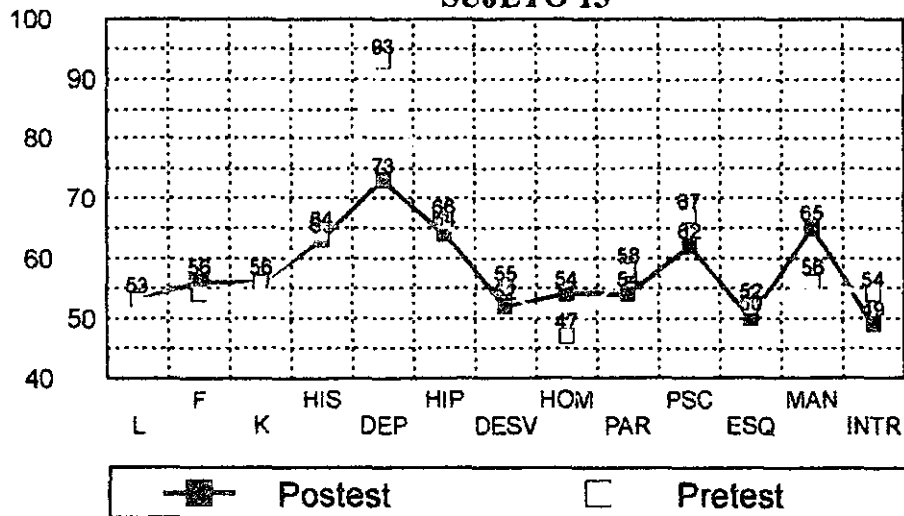
MMPI SUJETO 13



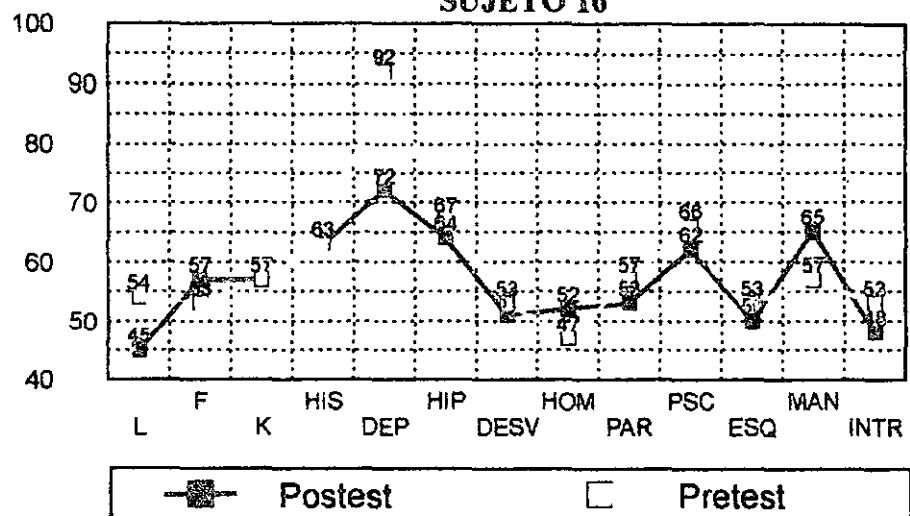
MMPI SUJETO 14



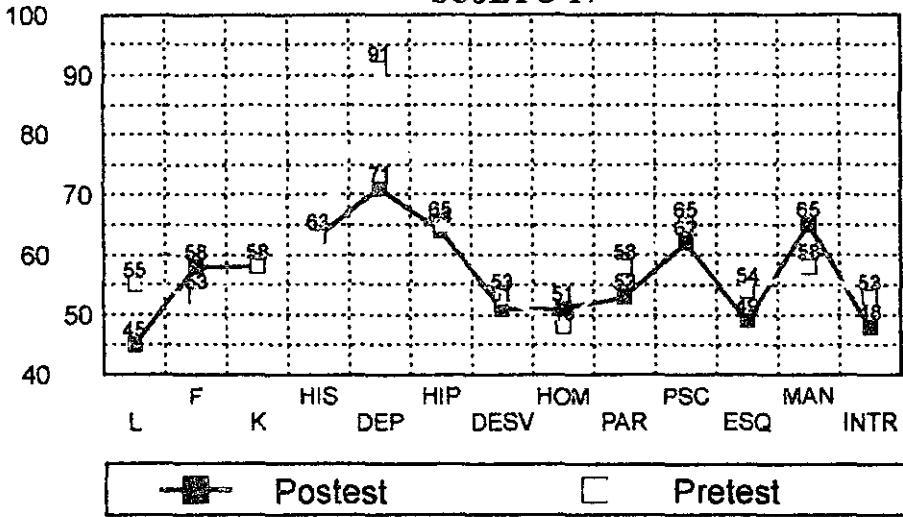
MMPI SUJETO 15



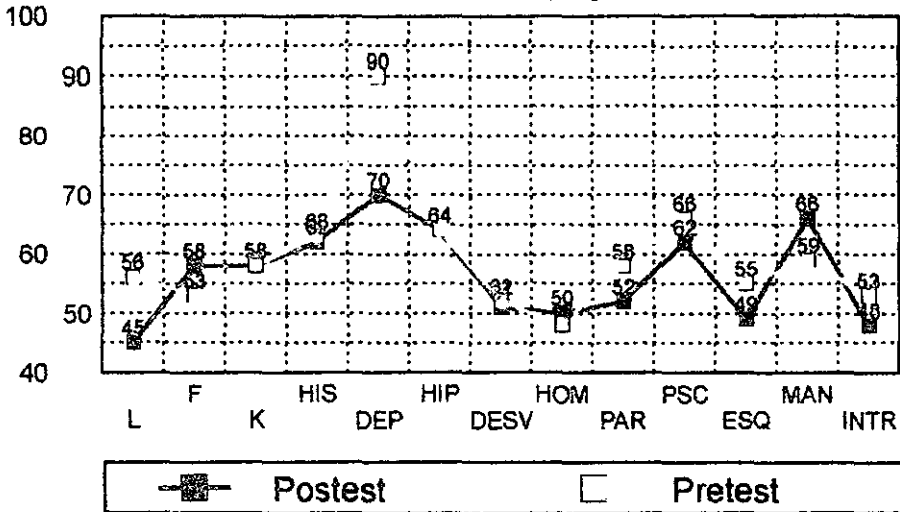
MMPI SUJETO 16



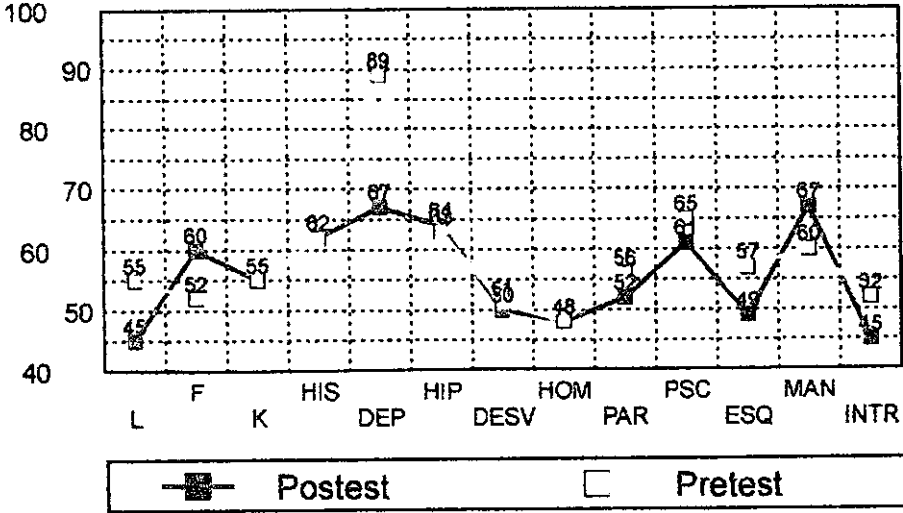
MMPI SUJETO 17



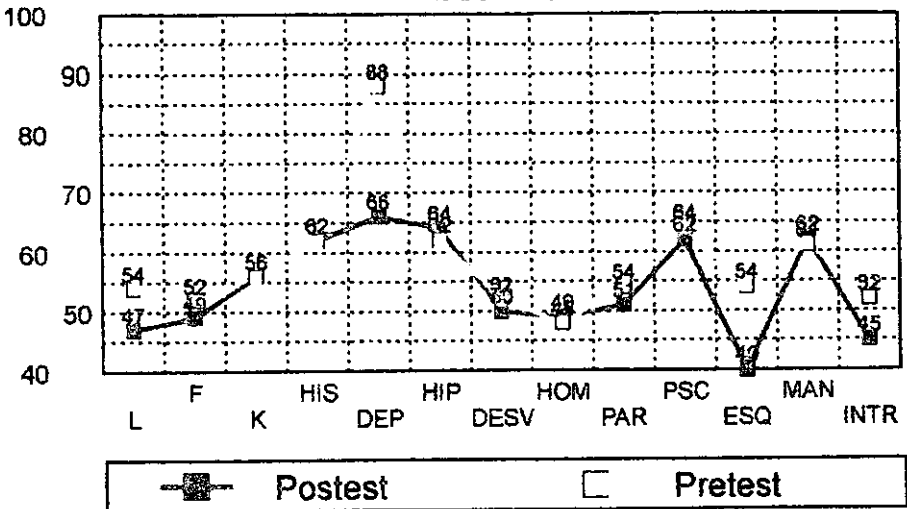
MMPI SUJETO 18



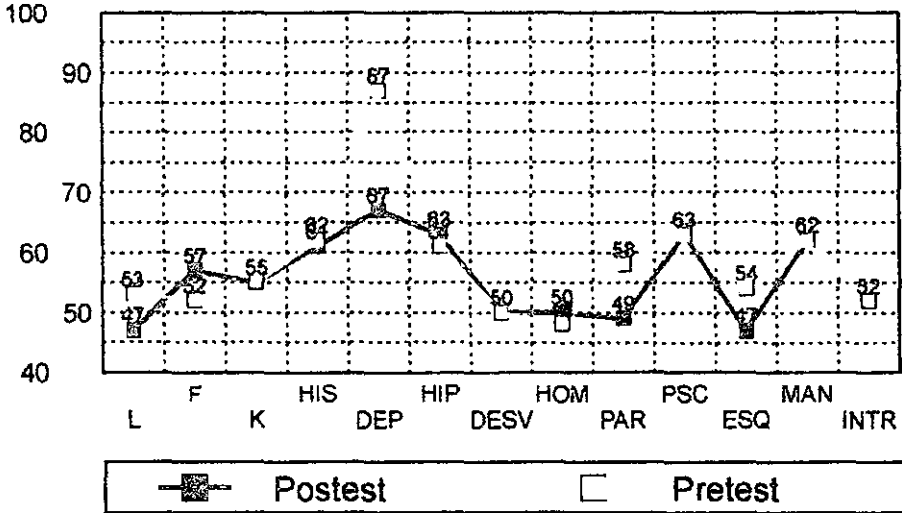
MMPI SUJETO 19



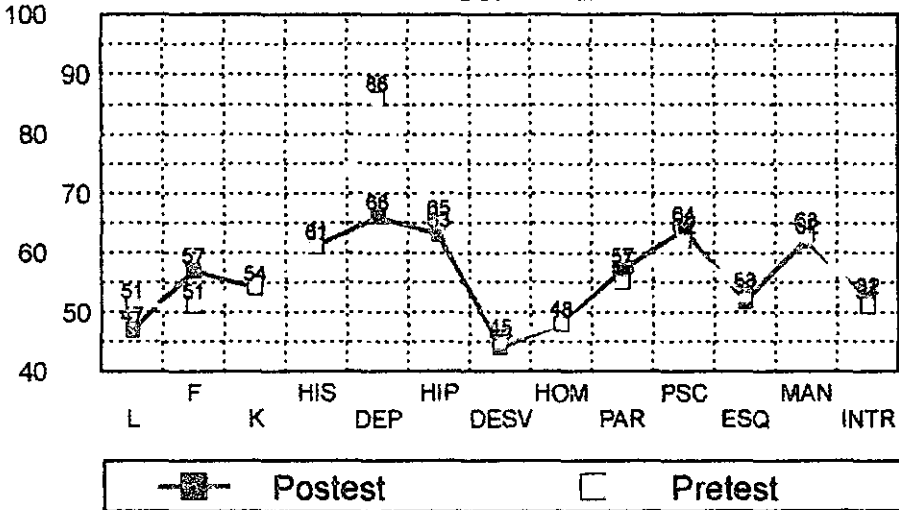
MMPI SUJETO 20



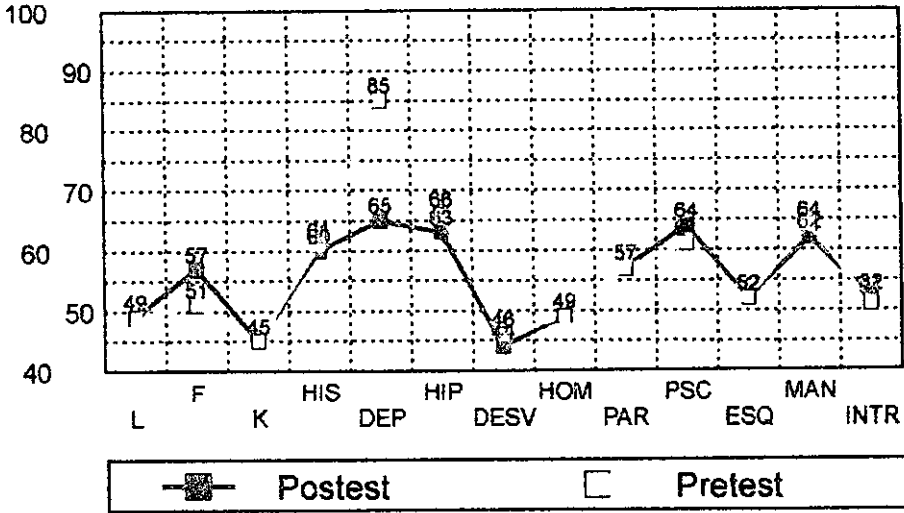
MMPI SUJETO 21



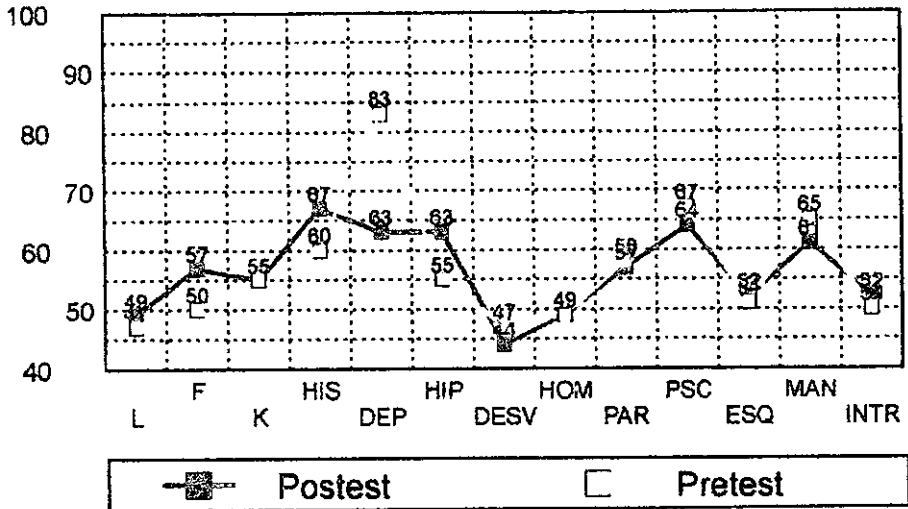
MMPI SUJETO 22



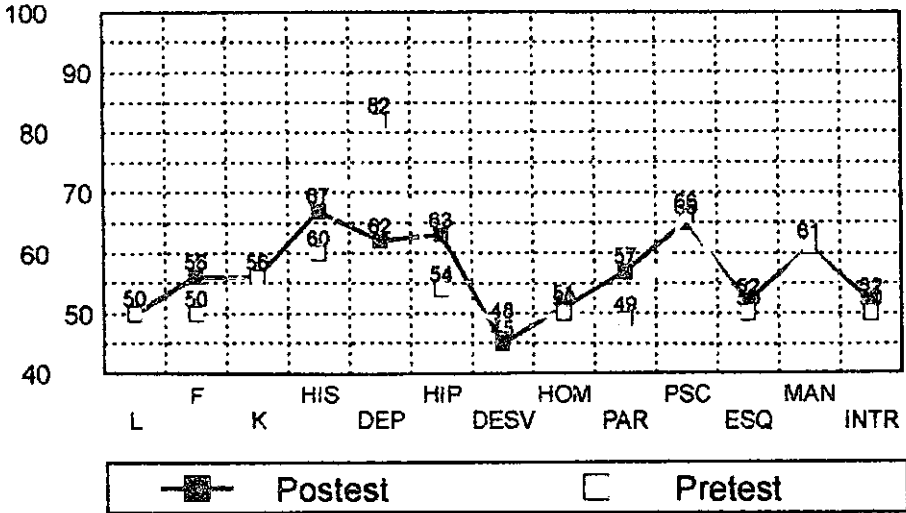
MMPI SUJETO 23



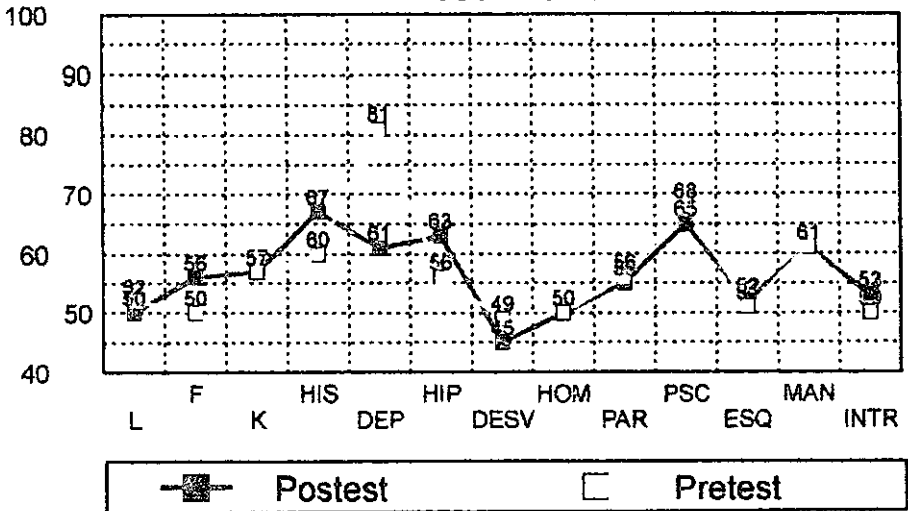
MMPI SUJETO 24



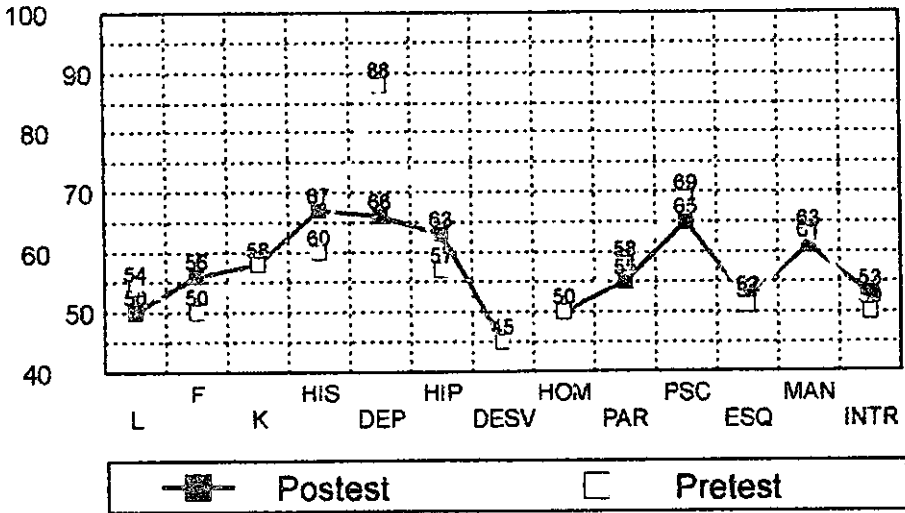
MMPI
SUJETO 25



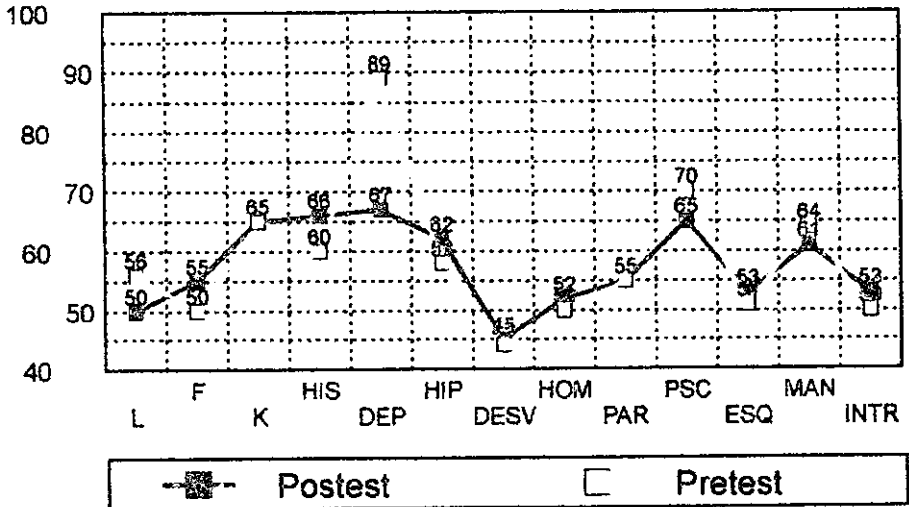
MMPI
SUJETO 26



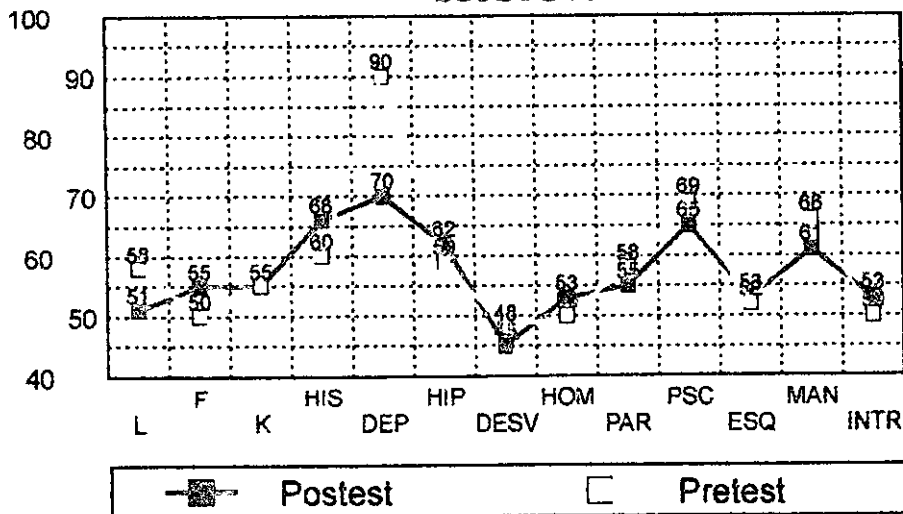
MMPI SUJETO 27



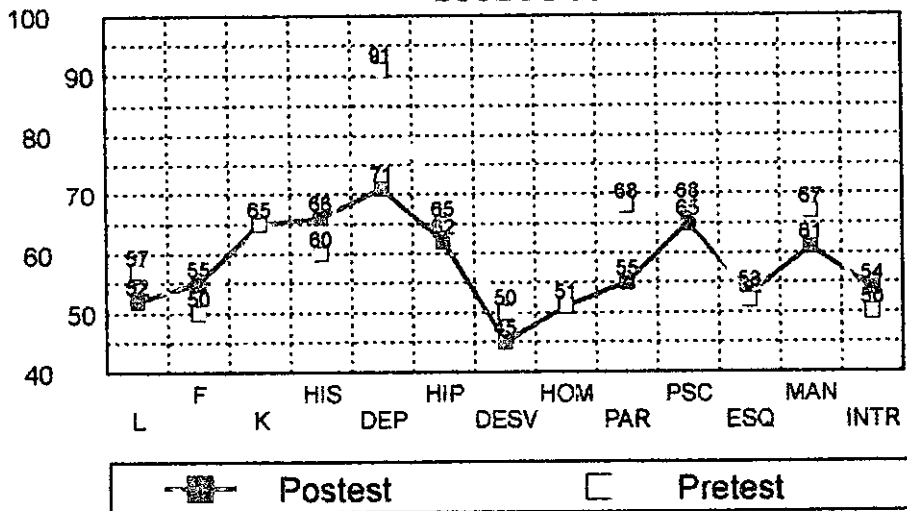
MMPI SUJETO 28



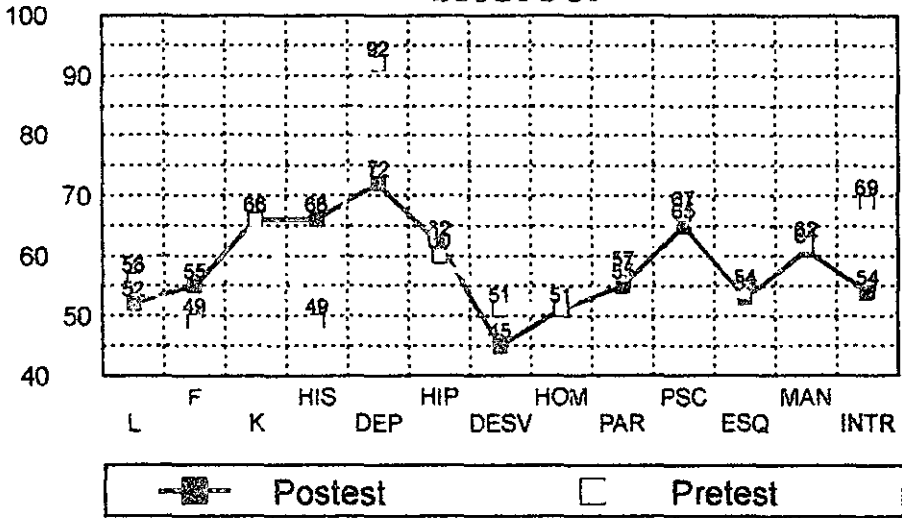
MMPI SUJETO 29



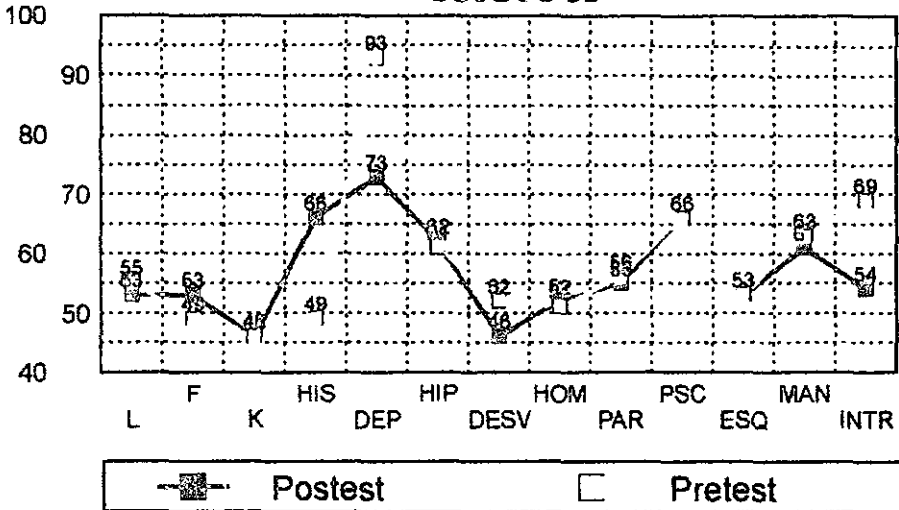
MMPI SUJETO 30



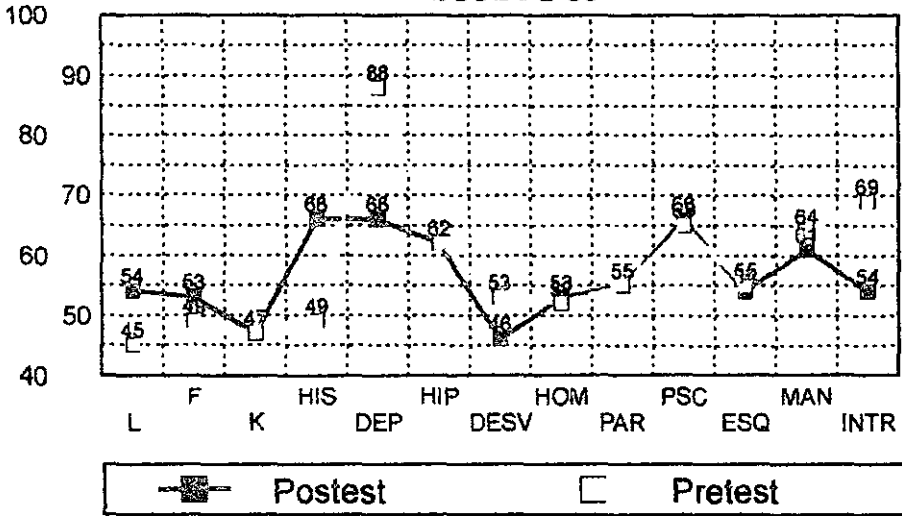
MMPI SUJETO 31



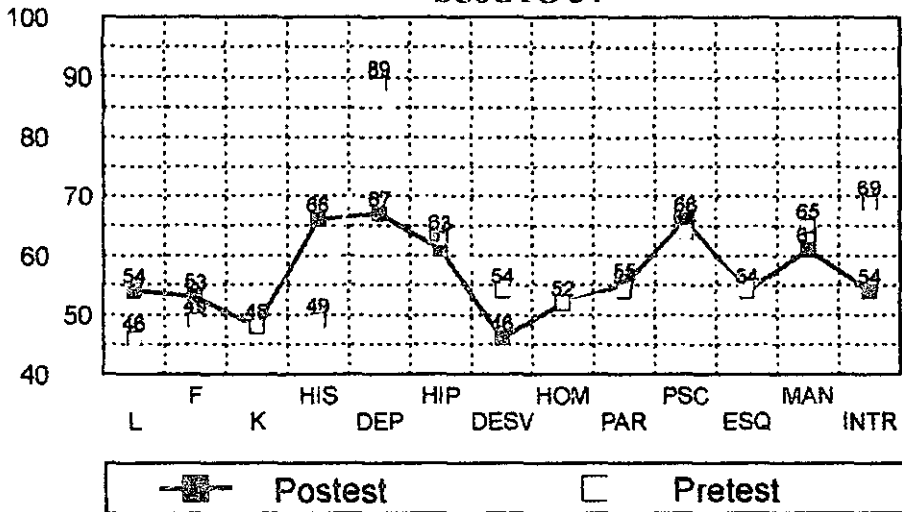
MMPI SUJETO 32



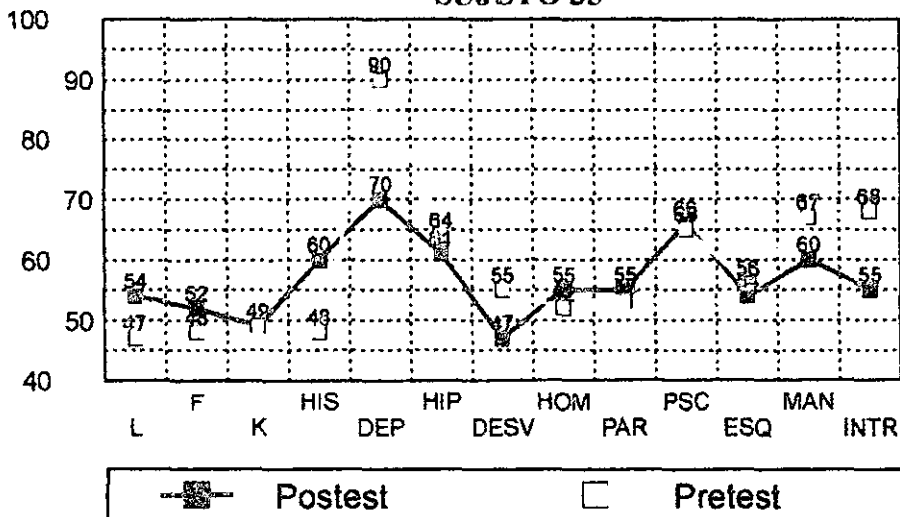
MMPI SUJETO 33



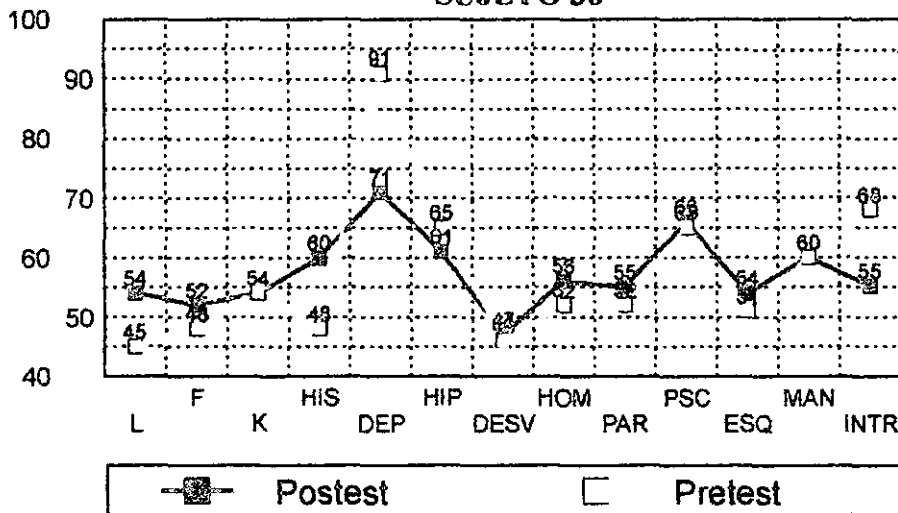
MMPI SUJETO 34



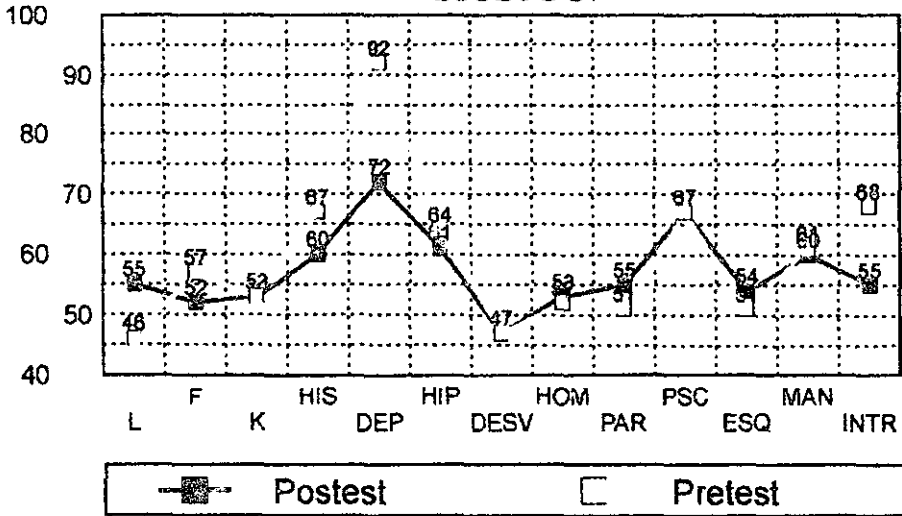
MMPI SUJETO 35



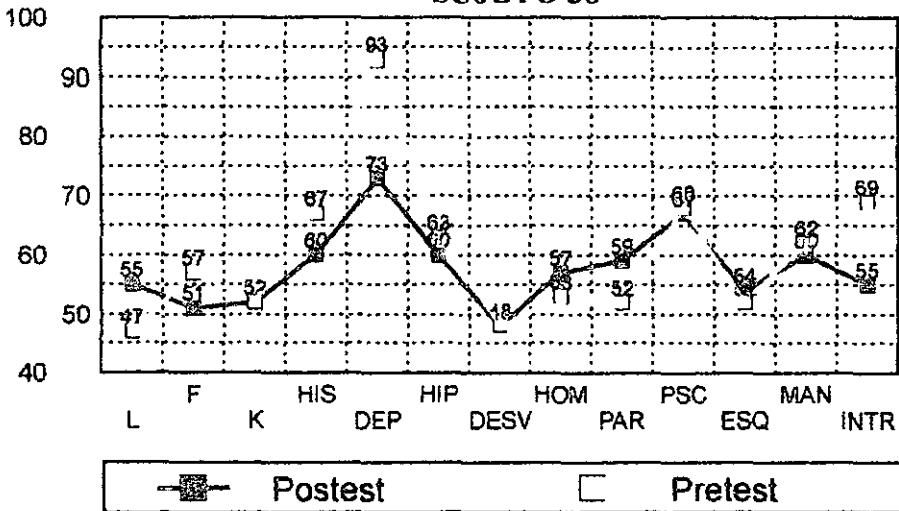
MMPI SUJETO 36



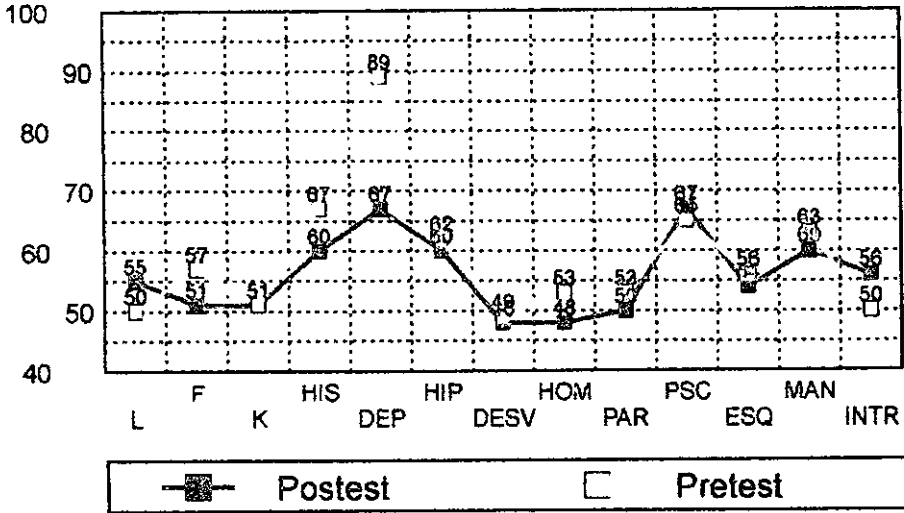
MMPI SUJETO 37



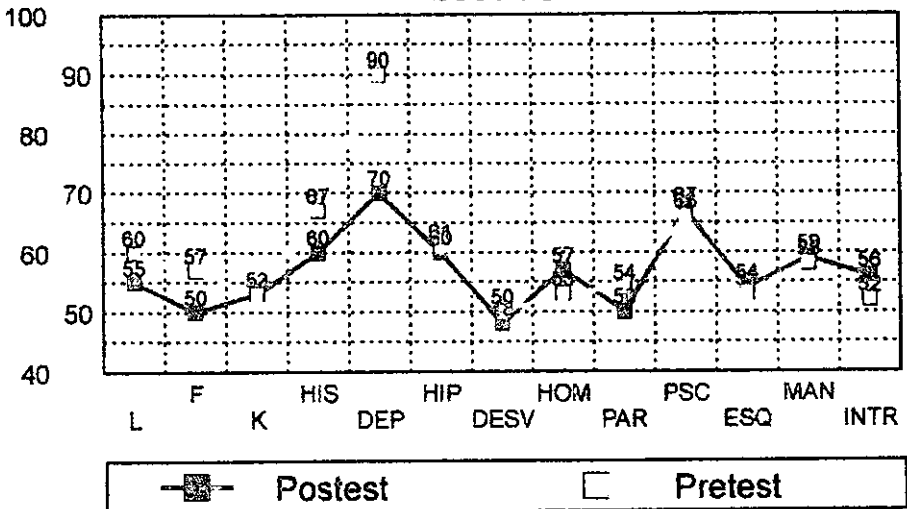
MMPI SUJETO 38



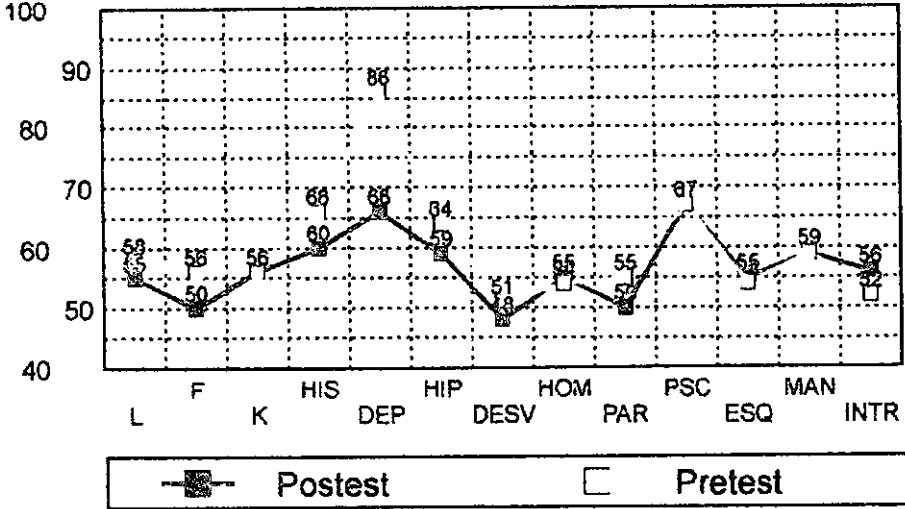
MMPI SUJETO 39



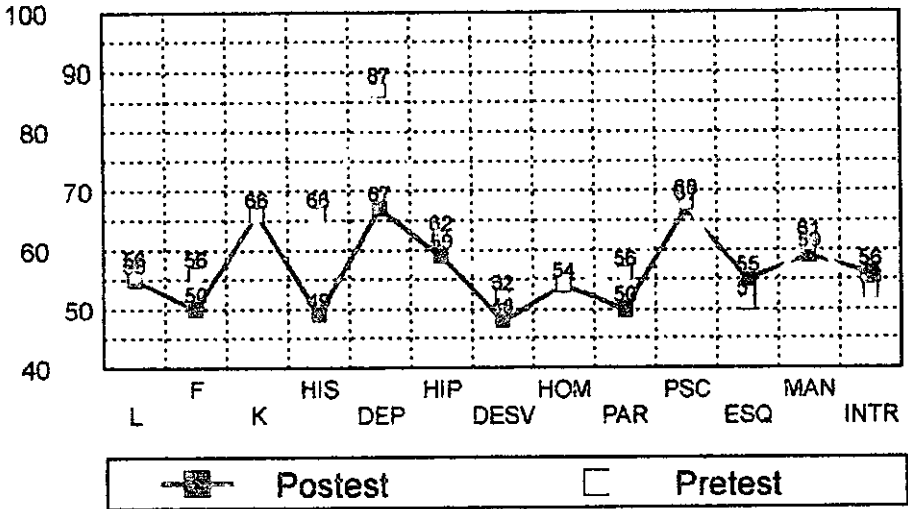
MMPI SUJETO 40



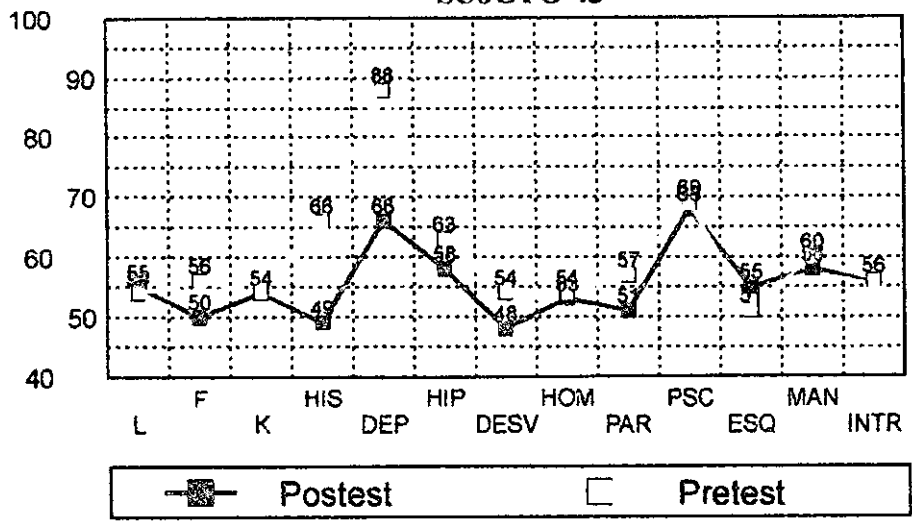
**MMPI
SUJETO 41**



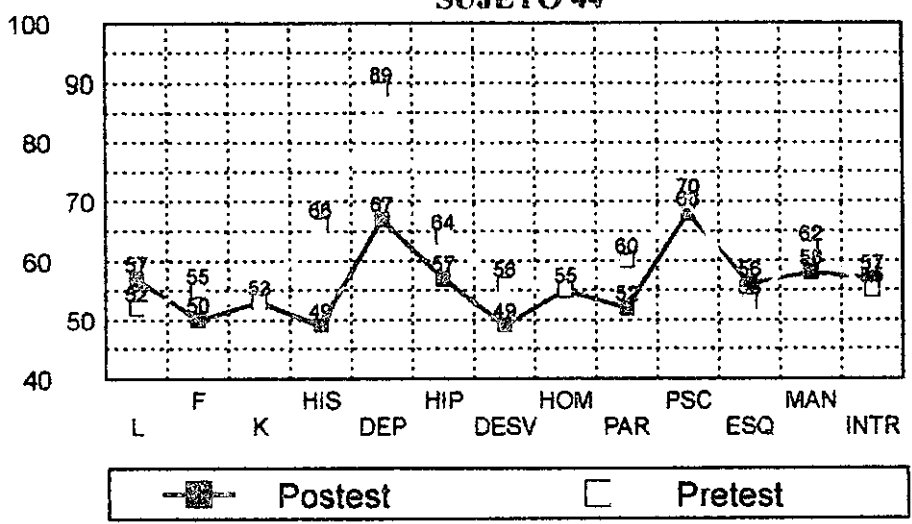
**MMPI
SUJETO 42**



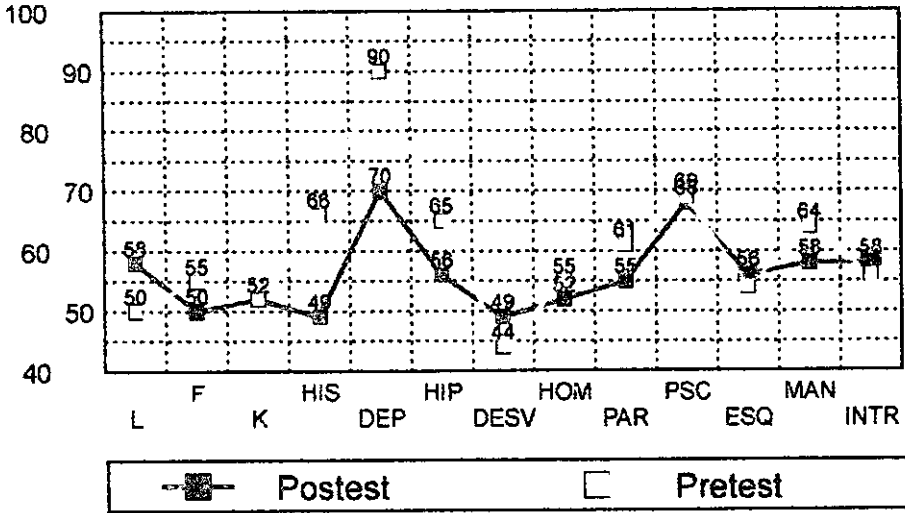
MMPI SUJETO 43



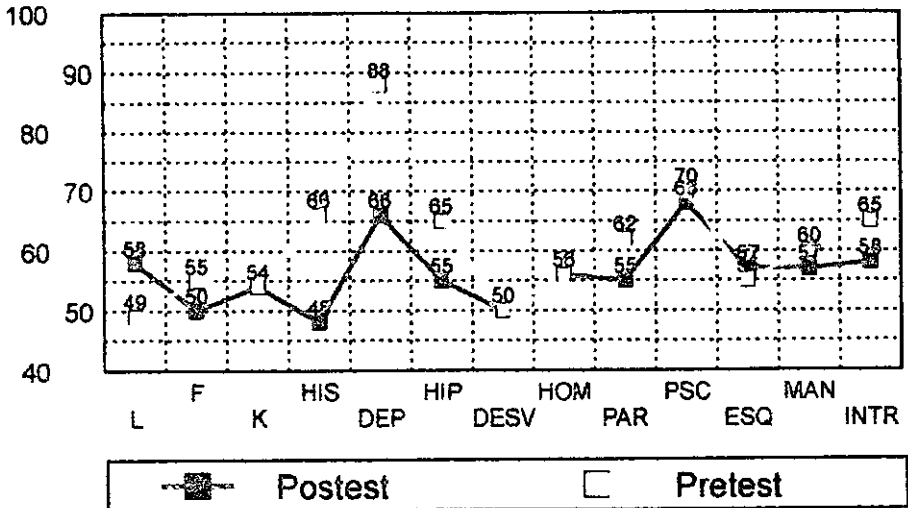
MMPI SUJETO 44



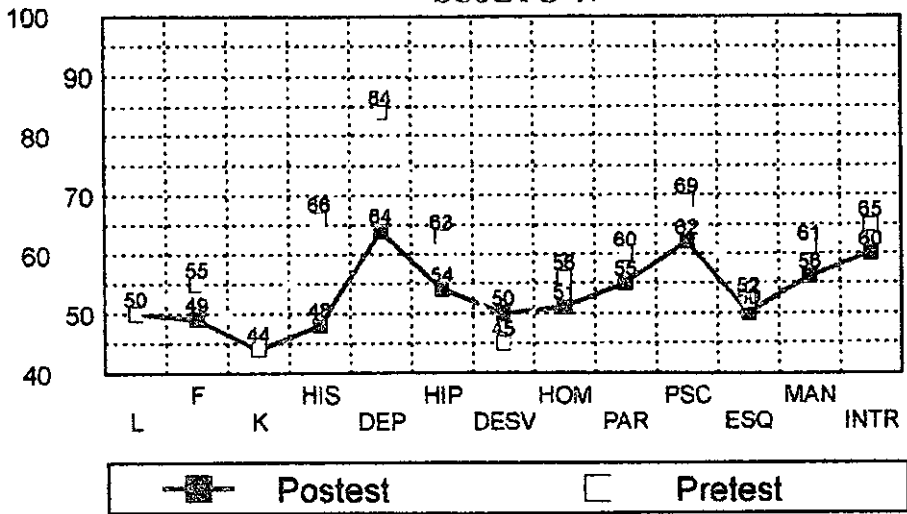
MMPI SUJETO 45



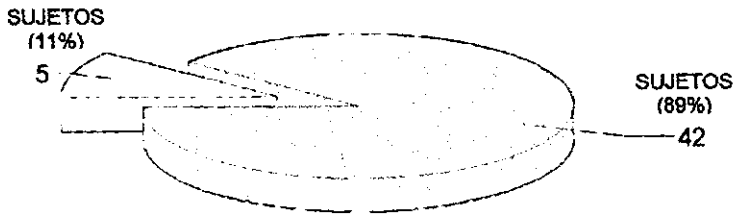
MMPI SUJETO 46



MMPI SUJETO 47



ASISTENCIA A SESIONES INDIVIDUALES

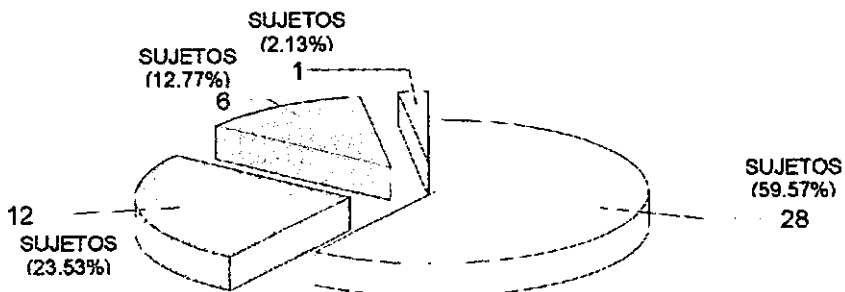


Tuvieron el 100% de Asistencia



Tuvieron el 93% de Asistencia

ASISTENCIA A SESIONES GRUPALES



94% de Asistencia



96% de Asistencia



98% de Asistencia



100% de Asistencia

CONCLUSIONES

1.- De acuerdo a los resultados expuestos en el capítulo anterior, se determina que se acepta la hipótesis planteada en esta investigación, debido a que se comprueba que la intervención del tratamiento disminuyó el nivel de depresión obtenidas en los instrumentos de medición MMPI y Hamilton.

2.- Es cierto que los resultados fueron favorables, ya que el nivel de depresión disminuyó, notoriamente como se observa en las estadísticas presentadas, sin embargo no hay que perder de vista que estos resultados pudieron ser debido a la historia y características de personalidad de los individuos de la muestra.

3.- El resultado que existe en el momento de concluir esta terapia no podría asegurar que ha eliminado la personalidad o rasgo depresivo de estos individuos en forma definitiva.

4.- Puede inferirse la posibilidad de un cambio en el momento en que el sujeto se encuentre fuera de la recepción de los estímulos de las sesiones grupales.

5.- El tratamiento propuesto es para sujetos con las características específicas como las que aquí se delimitaron. Se desconoce el efecto al

aplicarse a mujeres que trabajen, o bien en solteras o que no hubiesen tenido la formación católica o que no se encontraran dentro de la edad de los sujetos de la investigación.

6.- Es importante comentar que existieron ciertos cambios en cuanto a percepción de la vida o bien estilos de vida mencionados por los sujetos:

- a) Aceptaron los valores universales
- b) El sujeto se percibe capaz de aportar el bien a su comunidad
- c) El sujeto manifiesta confianza en su capacidad para desempeñar actividades.
- d) Los sujetos iniciaron a tener actividades que les permitían demostrar sus propias habilidades como por ejemplo: manualidades, lecturas, integrarse en grupos altruistas

7.- Los sujetos no desertaron del tratamiento, las ausencias no son significativas, por el contrario se nota cierta necesidad o búsqueda de grupo

8.- Pareciera ser que el sujeto cumple con su necesidad de pertenencia y autoestima, dentro del grupo.

9.- El hecho de convivir durante 12 meses con otros sujetos que presentaban similitud de problemática promueve en los individuos la disposición y confianza al cambio que se les induce a realizar en su vida.

10.- Podría inferirse que el tratamiento tiene éxito ya que se apoya en ciertos principios de condicionamiento de la conducta, lo cual puede modificar ciertamente algunas actitudes que presentan los sujetos, apoyados en este caso en el conocimiento de elementos que les permite tomar decisiones respecto al curso de su vida.

11.- No puede negarse o dejarse a un lado que cierto es también la necesidad que tenían los sujetos de conocer un código de valores que les permitiera o no, hacer ciertas acciones, a partir de ésto el individuo logra encontrar el equilibrio interno que le permite vincularse con el exterior.

APENDICE

Se anexan tablas de:

Asistencia a sesiones individuales

Asistencia a sesiones grupales

Puntajes de Pretest escala de Hamilton

Puntajes de Postest escala de Hamilton

Resultados de la escala de Hamilton

Asistencia a la
Sesiones Grupales

	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
38	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Asistencia a la
Sesiones Grupales

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52

PUNTAJES DE PRETES (Escala de Hamilton)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Suma Promedio	
1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	2	2	0	2	29	1.38
2	2	3	2	0	1	2	1	0	1	3	3	2	1	1	4	1	1	2	1	0	3	34	1.82
3	1	1	2	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	2	18	0.86
4	1	0	0	1	0	1	1	4	0	3	3	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	20	0.95
5	3	1	0	1	0	1	1	1	1	1	3	0	1	1	2	1	0	0	1	1	0	20	0.95
6	3	1	0	1	2	1	1	1	2	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	18	0.86
7	3	3	2	0	2	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	19	0.90
8	3	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0	18	0.86
9	4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	29	1.38
10	4	1	2	1	1	1	1	0	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	20	0.95
11	3	1	2	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	2	0	0	1	0	1	0	27	1.29
12	3	2	1	2	2	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0.81
13	4	2	4	2	1	0	2	2	2	3	2	0	1	0	2	3	0	2	2	3	3	40	1.90
14	3	0	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	2	0	2	2	0	1	0	1	0	28	1.33
15	3	2	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	1	1	0	1	2	1	0	0	17	0.81
16	0	1	2	0	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	15	0.71
17	1	1	0	1	1	1	3	0	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	19	0.90
18	2	1	2	1	0	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	18	0.86
19	3	2	3	1	0	0	2	3	1	2	1	0	1	1	0	0	0	2	2	0	3	27	1.29
20	3	0	1	2	1	1	2	1	2	3	2	2	0	1	2	0	1	2	3	0	2	33	1.57
21	2	1	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	12	0.57
22	2	1	2	0	0	1	2	0	1	1	4	2	0	3	0	3	1	1	1	1	1	27	1.29
23	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	0	0	2	0	2	2	1	2	30	1.43
24	1	1	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1	1	1	1	0	0	2	1	0	1	18	0.86
25	1	2	3	2	2	2	2	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0.90
26	2	2	2	0	1	1	0	1	3	1	2	1	1	3	0	0	1	3	0	1	1	26	1.24
27	1	1	1	0	2	1	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	17	0.81
28	4	0	0	1	1	2	0	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0.67
29	2	1	1	0	0	0	0	2	2	3	3	1	1	2	0	1	0	0	0	2	1	22	1.05
30	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	17	0.81
31	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	17	0.81
32	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	3	1	2	0	1	0	0	2	2	1	2	24	1.14
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	1.00
34	1	1	2	0	2	1	1	0	2	1	3	1	1	3	3	0	0	1	1	0	0	24	1.14
35	3	3	2	1	1	0	0	0	3	3	1	1	1	2	3	0	0	2	1	1	2	30	1.43
36	3	4	2	2	1	1	2	3	1	3	3	1	1	3	2	3	0	2	1	1	1	40	1.90
37	3	4	4	1	2	1	1	0	2	1	3	1	2	3	2	3	0	2	3	1	1	40	1.90
38	3	2	1	1	1	2	2	0	2	3	3	3	2	1	0	0	0	1	0	1	2	30	1.43
39	3	1	3	1	0	0	1	1	0	3	1	0	1	3	1	0	0	2	0	0	0	21	1.00
40	3	2	1	1	1	1	2	3	1	3	2	1	1	1	0	0	0	2	3	1	2	31	1.48
41	2	2	0	1	0	0	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	0	2	3	0	0	18	0.86
42	3	2	0	1	0	2	0	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	20	0.95
43	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	3	0	1	0	0	0	0	0	1	3	2	18	0.86
44	2	0	0	2	1	1	1	2	1	1	2	0	0	0	1	1	0	1	2	0	1	19	0.90
45	3	1	0	1	0	1	3	1	2	3	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	19	0.90
46	1	1	1	0	1	0	3	2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	18	0.86
47	3	2	1	0	1	1	1	0	2	2	1	0	0	3	0	0	0	1	3	1	3	27	1.29

107 87 65 42 37 45 67 48 48 81 93 43 39 47 36 34 10 64 55 27 50 SUMA REACTIVOS
 2.28 1.43 1.38 0.89 0.79 0.96 1.21 1.02 1.02 1.72 1.98 0.91 0.83 1.00 0.77 0.72 0.21 1.15 1.17 0.67 1.06 ROMEDIO REACTIVO

PUNTAJES DE POSTEST (Escala de Hamilton)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Suma Promedio	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	11	0.52
2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1	11	0.52
3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0.10
4	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0.24
5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0.14
6	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.19
7	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0.29
8	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	8	0.38
9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	6	0.29
10	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.24
11	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	0.38
12	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.24
13	2	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17	0.81
14	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10	0.48
15	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0.24
16	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10
17	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0.19
18	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0.24
19	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	9	0.43
20	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	12	0.57
21	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0.14
22	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	8	0.38
23	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	12	0.57
24	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0.19
25	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0.38
26	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	7	0.33
27	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10
28	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.24
29	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7	0.33
30	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0.14
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
32	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	6	0.29
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
34	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6	0.29
35	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	9	0.43
36	1	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	13	0.62
37	1	2	2	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	14	0.67
38	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0.48
39	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	0.24
40	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	9	0.43
41	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	0.24
42	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0.33
43	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	0.24
44	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0.24
45	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0.24
46	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10
47	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	8	0.38
37	21	24	10	8	11	16	14	13	25	32	9	5	9	11	9	0	19	16	3	14	Suma REACTIVO		
0.79	0.45	0.51	0.21	0.17	0.23	0.34	0.30	0.25	0.53	0.65	0.19	0.11	0.19	0.23	0.19	0.00	0.40	0.34	0.05	0.30	Promedio REAC		

TEST DE HAMILTON

Resultados de la Suma de cada Sujeto

	PRETEST	POSTEST	Diferencias	%
1	29	11	18	62.07%
2	34	11	23	67.65%
3	18	2	16	88.89%
4	20	5	15	75.00%
5	20	3	17	85.00%
6	18	4	14	77.78%
7	19	6	13	68.42%
8	18	8	10	55.56%
9	29	6	23	79.31%
10	20	5	15	75.00%
11	27	8	19	70.37%
12	17	5	12	70.59%
13	40	17	23	57.50%
14	28	10	18	64.29%
15	17	5	12	70.59%
16	15	2	13	86.67%
17	19	4	15	78.95%
18	18	5	13	72.22%
19	27	9	18	66.67%
20	33	12	21	63.64%
21	12	3	9	75.00%
22	27	8	19	70.37%
23	30	12	18	60.00%
24	18	4	14	77.78%
25	19	8	11	57.89%
26	26	7	19	73.08%
27	17	2	15	88.24%
28	14	5	9	64.29%
29	22	7	15	68.18%
30	17	3	14	82.35%
31	17	0	17	100.00%
32	24	6	18	75.00%
33	21	0	21	100.00%
34	24	6	18	75.00%
35	30	9	21	70.00%
36	40	13	27	67.50%
37	40	14	26	65.00%
38	30	10	20	66.67%
39	21	5	16	76.19%
40	31	9	22	70.97%
41	18	5	13	72.22%
42	20	7	13	65.00%
43	18	5	13	72.22%
44	19	5	14	73.68%
45	19	5	14	73.68%
46	18	2	16	88.89%
47	27	8	19	70.37%

1085	306	779	71.80%
------	-----	-----	--------

Resultados del Promedio de cada Sujeto

	PRETES	POSTEST	Diferencias	%
1	1.38	0.52	0.86	62.07%
2	1.62	0.52	1.10	67.65%
3	0.86	0.10	0.76	88.89%
4	0.95	0.24	0.71	75.00%
5	0.95	0.14	0.81	85.00%
6	0.88	0.19	0.67	77.78%
7	0.90	0.29	0.62	68.42%
8	0.88	0.38	0.48	55.56%
9	1.38	0.29	1.10	79.31%
10	0.95	0.24	0.71	75.00%
11	1.29	0.38	0.90	70.37%
12	0.81	0.24	0.57	70.59%
13	1.90	0.81	1.10	57.50%
14	1.33	0.48	0.86	64.29%
15	0.81	0.24	0.57	70.59%
16	0.71	0.10	0.62	86.67%
17	0.90	0.19	0.71	78.95%
18	0.88	0.24	0.62	72.22%
19	1.29	0.43	0.86	66.67%
20	1.57	0.57	1.00	63.64%
21	0.57	0.14	0.43	75.00%
22	1.29	0.38	0.90	70.37%
23	1.43	0.57	0.86	60.00%
24	0.88	0.19	0.67	77.78%
25	0.90	0.38	0.52	57.89%
26	1.24	0.33	0.90	73.08%
27	0.81	0.10	0.71	88.24%
28	0.67	0.24	0.43	64.29%
29	1.05	0.33	0.71	68.18%
30	0.81	0.14	0.67	82.35%
31	0.81	0.00	0.81	100.00%
32	1.14	0.29	0.86	75.00%
33	1.00	0.00	1.00	100.00%
34	1.14	0.29	0.86	75.00%
35	1.43	0.43	1.00	70.00%
36	1.90	0.62	1.29	67.50%
37	1.90	0.67	1.24	65.00%
38	1.43	0.48	0.95	66.67%
39	1.00	0.24	0.76	76.19%
40	1.48	0.43	1.05	70.97%
41	0.88	0.24	0.62	72.22%
42	0.95	0.33	0.62	65.00%
43	0.88	0.24	0.62	72.22%
44	0.90	0.24	0.67	73.68%
45	0.90	0.24	0.67	73.68%
46	0.88	0.10	0.78	88.89%
47	1.29	0.38	0.90	70.37%

51.67	14.57	37.10	71.80%
-------	-------	-------	--------

TEST DE HAMILTON

Resultados de la Suma de cada Reactivo

	PRETEST	POSTEST	Diferencias	%
1	107	37	70	65.42%
2	67	21	46	68.66%
3	65	24	41	63.08%
4	42	10	32	76.19%
5	37	8	29	78.38%
6	45	11	34	75.56%
7	57	18	41	71.93%
8	48	14	34	70.83%
9	48	13	35	72.92%
10	81	25	56	69.14%
11	93	32	61	65.59%
12	43	9	34	79.07%
13	39	5	34	87.18%
14	47	9	38	80.85%
15	36	11	25	69.44%
16	34	9	25	73.53%
17	10	0	10	100.00%
18	54	19	35	64.81%
19	55	16	39	70.91%
20	27	3	24	88.89%
21	50	14	36	72.00%

1085	306	779	71.80%
------	-----	-----	--------

Resultados del Promedio de cada Reactivo

	PRETES	POSTEST	Diferencias	%
1	2.28	0.79	1.49	65.42%
2	1.43	0.45	0.98	68.66%
3	1.38	0.51	0.87	63.08%
4	0.89	0.21	0.68	76.19%
5	0.79	0.17	0.62	78.38%
6	0.96	0.23	0.72	75.56%
7	1.21	0.34	0.87	71.93%
8	1.02	0.30	0.72	70.83%
9	1.02	0.28	0.74	72.92%
10	1.72	0.53	1.19	69.14%
11	1.98	0.68	1.30	65.59%
12	0.91	0.19	0.72	79.07%
13	0.83	0.11	0.72	87.18%
14	1.00	0.19	0.81	80.85%
15	0.77	0.23	0.53	69.44%
16	0.72	0.19	0.53	73.53%
17	0.21	0.00	0.21	100.00%
18	1.15	0.40	0.74	64.81%
19	1.17	0.34	0.83	70.91%
20	0.57	0.06	0.51	88.89%
21	1.06	0.30	0.77	72.00%

23.09	6.51	16.57	71.80%
-------	------	-------	--------