

172



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

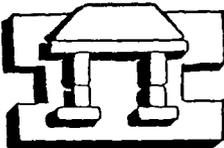
"ALUCINACIONES: UNA REVISION ACTUAL"

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: EDUARDO DE JESUS RAMIREZ AVALOS

ASESORA: MTRA. NORMA COFFIN CABRERA

DICTAMINADORES. MTRO. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES LIC. JUANA OLVERA MENDEZ LIC. ALFONSO OLVERA HERNANDEZ LIC. GUILLERMO HERNANDEZ NERIA



IZTACALA

TALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Primeramente agradezco al Dios Todopoderoso por su gran amor y por darme tantas cosas y bendiciones. A El, mi más profundo pensamiento y sentimiento y mi corazón abierto.

A mi padre, Dr. Alfonso Ramirez Gaytán, quien desde niño me enseñó que mi destino no es pasajero sino que debe cultivarse el bien, la bondad y la humildad, quien además supo llevarme por caminos bien escogidos y prepararme para ganar el sustento con honestidad, coraje y entrega. A ti, padre mio, Mi más grande reconocimiento, amistad y cariño.

A mi madre, Nelly Avalos Velazquez, quien hizo de mi un buen ciudadano, de quien recibí sólo amor, sabia dirección y oportunidad. Quiero por medio de esta sencilla muestra de mi entendimiento, rendirte el más profundo y sagrado reconocimiento y admiración.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Para mi abuelita Luchita, quien ya no pudo ver este hermoso sueño, pero quien dejó en mi alma la más profunda responsabilidad sabiduría y honestidad, y a quien le dedico, a pesar de la tardanza, este noble testimonio propio. A ella, mi más querido recuerdo.

Para mi hermano Alfonso, quien a pesar de sus grandes pruebas supo siempre mirar al cielo, y recibir de Dios la ayuda, ayuda que ha sido para nosotros de gran peso y admiración. A ti, mi hermano querido, un beso en la frente y el cariño de siempre.

Para mi hermana Elvia Luz, fuerza espiritual y material. Te agradezco Sinceramente, tus consejos, tu gran estimación y respeto. Te dedico este trabajo con mucho cariño.

Para mi hermana Linda Margarita, agradecerte tu gran entusiasmo, el ánimo que me diste para llegar a la meta y tu gran ejemplo de entereza, de entrega, de nobleza. Te dedico esta tesina con mi cariño, y para ti sea siempre lo mejor.

Para mi maestra asesora, Norma Coffin Cabrera. Gracias maestra por la oportunidad que me dio y mi amistad seguirá siempre. Nunca me ha faltado su apoyo y conocimiento.

Para el maestro José de Jesús Vargas Flores, por la gran oportunidad que me dio de dirigirme en esta tesina. Gracias por su apoyo y amistad y por haber aceptado ayudarme en esto tan crucial.

Para mi maestra Juana Olvera Mendez, Juanita, quien me enseñó con gran paciencia la ciencia cognitiva y el análisis funcional, y darme su opinión de la presente tesina y darme los puntos básicos que debía considerar. Gracias maestra.

Deseo agradecer también a mi querido maestro Alfonso Olvera Hernandez, que siempre se haya portado conmigo como un verdadero amigo y quien me enseñó mis primeros balbuceos conductuales. Maestro, mi cariño, mi respeto y admiración.

Y también deseo agradecer y dedicarle esta tesina, a mi maestro Guillermo Hernandez, quien también me enseñó bastante del análisis teórico y conductual y felicitarlo por ser un hombre sencillo, amable, buen amigo, noble y demás cualidades que tengo que reconocer. Gracias nuevamente.

A mi preciosa escuela FES Iztacala quien me albergó por largos años, mi adhesión y reconocimiento y agradecimiento de pertenecer a la Máxima Casa de Estudios UNAM. Gracias.

## ALUCINACIONES: Una revisión actual

INDICE	Página
Introducción	
1. Las alucinaciones	
1.1 Antecedentes	1
1.2 La posesión diabólica	8
1.3 Investigadores del Siglo XIX	15
1.4 Sustancias alucinógenas principales	23
1.5 El punto de vista cristiano occidental	32
2. Actividades internas	
2.1 La imaginación	41
2.2 Conocimiento o aprendizaje conceptual	45
2.3 La mente creativa en acción	55
3. La Esquizofrenia	
3.1 El DSM III-R	68
3.2 Esquizofrenia y alucinación	72
3.3 Los aspectos verbales y de lenguaje	76
3.4 Errores de comunicación	84
4. Conflicto interno	
4.1 Noción de conflicto interno	90
4.2 Frustración	99
4.3 Logro de metas	107
4.4 La relación de la alucinación con la TCC	111
5. Otra teoría interesante	
5.1 La teoría de la sombra	115
5.2 ¿Cuál es esa máscara?	120
6. Las alucinaciones interventoras	
6.1 La alucinación y la anorexia nerviosa	126
6.2 La alucinación y el Sida	130
6.3 La alucinación y el autoconcepto	134
6.4 Mujeres histerectomizadas, ¿alucinan?	137
6.5 Consideraciones finales	140
Conclusión	147
Referencias	158

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cada día la psicología ha avanzado en determinar, y en su caso diagnosticar, los diferentes trastornos de conducta que ocurren en la vida de cada individuo. La gran tecnología que los investigadores contemporáneos han descubierto para fijar un control a problemas que conllevan a laboriosos estudios, la mayor parte de las veces con un desperdicio de tiempo a raíz de que no se plantearon correctamente o se cayó en una insistencia teórica que no dejó perfectamente claro el fruto conceptual con el cual definir correctamente dichos problemas, ha sido mejor visto y utilizado recurriendo a la teoría cognitivo conductual actual (Davison y Neale, 2000). En el tema de las alucinaciones presente, se ha tratado de dar por un hecho de que existe una actividad interna que "reacciona" a los distintos estímulos del medio ambiente, y concepto que hace ver que no se necesita especular en estructuras no muy bien definidas o que oscurecen la realidad que el paciente experimenta cuando ocurre este "fenómeno" de alucinar (Siegel y West, 1975) y que por medio de un análisis funcional se reporta como algo real.

En el diccionario de la lengua española, alucinar es perturbar la razón, con engaño de los sentidos, daño físico o influencia moral, y en el diccionario de medicina de Thomas Garber (1953), alucinación es vagar con la mente; falsa percepción de objetos o seres inexistentes mientras el sujeto está despierto; error mental de una realidad inexistente. El alucinar o tener alucinaciones en muchas ocasiones ha sido confundido con la "enfermedad mental" llamada esquizofrenia, siendo que en esta enfermedad las alucinaciones son sólo un síntoma y de que se sitúa en el tipo de esquizofrenia paranoide y no en los demás tipos, lo que hace notar que las alucinaciones son un fenómeno aparte de dicha enfermedad y las cuales han sido subestimadas hasta el punto de no darle la importancia vital que tiene en la actualidad (Hermosillo García, 1984).

El tener alucinaciones ha sido un problema que llama la atención porque no se ha podido determinar la etiología que las produce y que desde muy lejanos tiempos se ha dado como causa la posesión diabólica o de un supuesto daño neuronal a nivel del lóbulo temporal que ejercen su poderosa influencia para hacer resurgir en el individuo respuestas sensoriales sin control que tienen por consecuencia el rechazo de las demás personas por creerlas indignas de este mundo. Por otro lado, al mismo individuo no le permiten vivir sanamente dado que a medida que las alucinaciones se presentan con mayor frecuencia, ocurre el insomnio, urgencia por eliminar desechos fisiológicos y lo que es más grave, que algo o alguien le persigue donde quiera que vaya (Lanteri-Laura, 1994). En este trabajo sobre las alucinaciones, una revisión actual, en el

primer capítulo se explica brevemente qué son las alucinaciones, cuáles son sus antecedentes inmediatos, la relación que tiene las alucinaciones con la posesión diabólica, principalmente en su manifestación de un problema grave que no ha sido resuelto y cómo se ha desarrollado en otras culturas. Los principales investigadores que hablan sobre el fenómeno de la alucinación y la concepción que han tenido a través del tiempo a partir del siglo XIX. También se puede observar una lista importante de las principales drogas que ocasionan en forma voluntaria el fenómeno de alucinar (algunas tan elementales que todavía se usan para fines experimentales). También se consideró el tema de la alucinación en el cristianismo occidental, no con un fin de descrédito, sino al contrario, para observar algunos detalles relevantes que tienen que ver con dicha conducta alucinatoria.

En el capítulo 2, o de actividades internas, la imaginación siempre ha jugado un papel importante, no tan sólo en aspectos patológicos como en este caso, sino en el uso aún terapéutico y natural que permite un mayor conocimiento de dicha herramienta propia del organismo. Mucho tiene que ver el concepto que tenemos de las cosas y como las relacionamos en nuestra vida cotidiana para causar un efecto incontrolable que llega a dañar e influir sobre nuestras percepciones. Y es un hecho que no se considera a la mente como algo real, que esté ahí dentro de nosotros como un villano incorregible, pero la TCC la considera como facilitadora de creatividad cuando entra en acción por algún suceso determinado.

En el capítulo 3, se aborda la esquizofrenia, desde el referente clínico del DSM III-R porque le da un sentido de síntoma a dicho trastorno, que es la principal relación de la esquizofrenia con la alucinación. También se ha hecho referencia de los aspectos verbales y de lenguaje que presentan las personas con esquizofrenia y se considera el aspecto de conflicto que se observa en el paciente desde su análisis funcional, resultando por consiguiente en problemas reales de comunicación y su futuro aislamiento del núcleo familiar y social. En el capítulo 4, se aborda el conflicto interno como algo siempre presente y se define de manera lógica. Del mismo modo, se presenta a la frustración y logro de metas como situaciones competitivas que ejercen gran influencia en la producción del síntoma y también como formas simples de experiencia tanto positiva y negativa que intervienen en la historia personal. Asimismo, se relaciona la teoría cognitivo conductual con la alucinación, idea novedosa que llevará mayor luz sobre el tema en pleno siglo XXI.

primer capítulo se explica brevemente qué son las alucinaciones, cuáles son sus antecedentes inmediatos, la relación que tiene las alucinaciones con la posesión diabólica, principalmente en su manifestación de un problema grave que no ha sido resuelto y cómo se ha desarrollado en otras culturas. Los principales investigadores que hablan sobre el fenómeno de la alucinación y la concepción que han tenido a través del tiempo a partir del siglo XIX. También se puede observar una lista importante de las principales drogas que ocasionan en forma voluntaria el fenómeno de alucinar (algunas tan elementales que todavía se usan para fines experimentales). También se consideró el tema de la alucinación en el cristianismo occidental, no con un fin de descrédito, sino al contrario, para observar algunos detalles relevantes que tienen que ver con dicha conducta alucinatoria.

En el capítulo 2, o de actividades internas, la imaginación siempre ha jugado un papel importante, no tan sólo en aspectos patológicos como en este caso, sino en el uso aún terapéutico y natural que permite un mayor conocimiento de dicha herramienta propia del organismo. Mucho tiene que ver el concepto que tenemos de las cosas y como las relacionamos en nuestra vida cotidiana para causar un efecto incontrolable que llega a dañar e influir sobre nuestras percepciones. Y es un hecho que no se considera a la mente como algo real, que esté ahí dentro de nosotros como un villano incorregible, pero la TCC la considera como facilitadora de creatividad cuando entra en acción por algún suceso determinado.

En el capítulo 3, se aborda la esquizofrenia, desde el referente clínico del DSM III-R porque le da un sentido de síntoma a dicho trastorno, que es la principal relación de la esquizofrenia con la alucinación. También se ha hecho referencia de los aspectos verbales y de lenguaje que presentan las personas con esquizofrenia y se considera el aspecto de conflicto que se observa en el paciente desde su análisis funcional, resultando por consiguiente en problemas reales de comunicación y su futuro aislamiento del núcleo familiar y social. En el capítulo 4, se aborda el conflicto interno como algo siempre presente y se define de manera lógica. Del mismo modo, se presenta a la frustración y logro de metas como situaciones competitivas que ejercen gran influencia en la producción del síntoma y también como formas simples de experiencia tanto positiva y negativa que intervienen en la historia personal. Asimismo, se relaciona la teoría cognitivo conductual con la alucinación, idea novedosa que llevará mayor luz sobre el tema en pleno siglo XXI.

El capítulo 5, sirve al lector para saborear también este importante tema desde otra perspectiva distinta y fuera de la TCC, pero sin caer en alguna forma en eclecticismo alguno, sino por el contrario, dándole variedad y punto a reflexionar. Sobre todo, de que muy dentro de nosotros, nuestros pensamientos e ideas que tenemos de los demás y del poco afecto que recibimos en algunas ocasiones, nos lleva a desarrollar patologías psicológicas graves, ocultando nuestra verdadera personalidad y creando una distinta, amable y seductora. Por último en el capítulo 6, se habla de cómo el síntoma de la alucinación ha intervenido en situaciones especiales y ha deteriorado la imagen corporal, imagen que en forma "normal" se mantiene en óptimas condiciones de salud.

La anorexia nervosa, el Sida, el autoconcepto señalan perfectamente como se va perdiendo la imagen corporal hasta llegar a niveles muy bajos de autoestima y apreciación personal. Y se consideró también un punto novedoso, el de las mujeres histerectomizadas, por ser este siglo XXI promotor del género femenino en forma igualitaria a la del hombre y porque también su relación con la alucinación ha sido desde el punto de vista del deterioro de la imagen corporal. Se concluye con una visión optimista del fenómeno de alucinar y el aporte benéfico de la TCC al respecto.

# CAPITULO 1.

## Las Alucinaciones

### 1.1 Antecedentes

El tema de las alucinaciones es apasionante para un psicólogo ya que frecuentemente ha sido abordado por médicos psiquiatras debido a que siempre se ha pensado que se trata del síntoma de una enfermedad orgánica y que el origen de este mal debe buscarse en el cerebro, de la misma manera como se busca la etiología y desarrollo de la epilepsia o de algún problema neurológico específico (Davison y Neale, 2000).

Sin embargo, la preparación teórica que tiene un psicólogo clínico en nuestro país, es suficiente (si realmente su deseo es ir "más allá" de lo que hasta ahora se ha escrito) para tratar de especificar los puntos esenciales de este asunto tan interesante en la actualidad.

Las alucinaciones no es un fenómeno que sólo ocurra en forma contemporánea en las personas sino que ha aparecido a través de múltiples generaciones que, si bien no se le encontró específicamente como una falla orgánica, de algún modo las experimentaron en su vida cotidiana y no se puede soslayar que existan algunas que viven en lo que se llama "otra realidad" teniendo alucinaciones más frecuentes.

Para Lanteri- Laura (1994) un investigador serio del tema que escribió hace más o menos siete años acerca de esto, se sigue careciendo de una teoría de conjunto aceptada por todos, que explique a la vez la semiología de las alucinaciones, su significado

clínico y su relación con otras alteraciones de la conducta, es decir, que en este terreno, la multitud de datos experimentales, clínicos y terapéuticos, espera verse unificada (Lanteri-Laura, 1994).

Además, Lanteri-Laura (1994) explica que en latín, hallucinatio era un sustantivo femenino formado por analogía con hallucinatus, participio pasado del verbo deponente hallucinari. También se escribía "allucinatio". Hallucinari significaba "equivocarse, engañarse, divagar y también engañar; hallucinator quería decir el que se equivoca, el que divaga, y hallucita, mosquita que arde con la luz y el que toma la noche por el día; en cuanto a hallucinatio, sus acepciones eran error, extravío, equivocación, engaño y también abuso.

En la lengua médica de los siglos XVII y XVIII se encuentra como "afección de la córnea", "diplopía", "trastorno mental", "error de la imaginación" (que por cierto no estaba tan errado), "imaginaciones debidas al error de los sentidos" (Lanteri-Laura, 1994). Lo que sí puede notarse es que se trata de un error, de un engaño, que suele relacionarse como parte de un trastorno mental que se llama esquizofrenia, de la cual se hablará también en un capítulo posterior (3).

Dicho de otra manera, una alucinación es una percepción generalmente temporal errónea de un objeto, persona u evento que no está presente y que esta percepción abarca la utilización de alguno de los sentidos: el tacto, el gusto, la vista, el olfato, el oído y para algunos también el equilibrio. Y lo que es muy frecuente en toda investigación al respecto, es que se tome como un trastorno en sí, siendo que sólo es un síntoma de un trastorno y que además tiene una

etiología psicológica, de conflicto, sin importar si la alucinación ha sido deliberadamente provocada por algo químico o si ha resultado de repente, de improviso, y ha sido trascendente para el individuo que lo ha experimentado.

El hombre, cualquiera que éste sea, tiene un comportamiento natural, propio de su especie, respondiendo a los estímulos que se encuentran en el medio ambiente que le rodea, y se comporta de forma verbal, en interacción cuerpo a cuerpo, o cuerpo a objeto y resulta de ello una determinada consecuencia que va a hacer más probable que se vuelva a comportar de la misma manera y así va siendo contingente un cúmulo de nuevas respuestas. Sin embargo, sucede en ocasiones que esas respuestas se presentan aún cuando el objeto, al cual se responde, no está presente y, más aún, con una distorsión de la percepción, conducta verbal y conceptual.

Por otro lado, Viñas Velásquez(1990) hace referencia a la muy alta influencia que la familia tiene en el individuo en el desarrollo de un trastorno mental, de una alienación y del surgimiento de un conflicto interno que resulta en situaciones inesperadas, creatividad de la mente y en este caso, de un fenómeno psicológico real (Viñas Velásquez, 1990; Boden, 1994).

Esto quiere decir, en pocas palabras, que las alucinaciones no ocurren de casualidad, sino que existe algo muy dentro del individuo que las hace resurgir y que realmente tiene la impresión que ahí están, cuando en realidad, es él mismo. El trabajo realizado por Lanteri- Laura es muy importante; sin embargo, le faltó ir un poco más allá, burgar

teóricamente y darse cuenta" del reverso de la moneda: el conflicto.

Esta revisión del tema de las alucinaciones tiene el propósito de complementar, respetuosamente, lo expuesto por Lanteri-Laura (1994) mediante una revisión actual de este tan apasionante tema psicológico.

Lanteri-Laura (1994), dice que los que alucinan son sujetos que se quejan primero de ruidos, luego de sonidos y por último de voces que les parecen subjetivas y patológicas, pero que les fatigan, así que desean que uno les ayude a deshacerse de ellas. En algunas variedades, estos fenómenos adquieren un carácter obsesivo. Puede tratarse de obsesión alucinatoria con ideas obsesivas acompañadas de alucinaciones, o bien de alucinación obsesiva, en la cual la alucinación ocupa el lugar de la representación verbal.

También existe una búsqueda angustiada de la palabra, obsesión por la palabra con el impulso irresistible de pronunciarla, significado funesto de unas palabras e influencia bienhechora de algunas otras que lleva a pronunciarlas o bien un impulso de escupir cierta palabra como si fuera un cuerpo extraño que pesara en el estómago (Lanteri-Laura, 1994).

En el caso del delirio sistematizado de persecución alucinatoria, las alucinaciones provienen del exterior, de diversos lugares, a veces de muy lejos (voz telefónica), en ocasiones en diversas lenguas y con frecuencia son hostiles; a veces existe una doble voz: una favorable, y una hostil; además, una puede penetrar por una oreja y la otra, por la otra, si bien pueden provenir de un solo lado: es la alucinación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

lateral. También puede acompañarlas el eco del pensamiento. En los delirios con temas religiosos o verdaderamente místicos, las alucinaciones verbales pueden estar acompañadas de alucinaciones visuales, o más precisamente, se producen en un estado de éxtasis en el cual el sujeto escucha una voz más o menos divina, cuya visión se le impone.

Hay casos en que hay una alucinación polisensorial, pues se podía a la vez ver al diablo (alucinaciones visuales), percibir su olor azufroso (alucinación olfatoria), escuchar su risa sarcástica (alucinación auditiva) y sentir el calor que desprende verdaderamente (alucinación táctil) o se pueden combinar o presentarse por separado sin que un caso parezca entonces verdaderamente distinto del otro (Lanteri-Laura, 1994).

En la teoría cognitivo conductual, se consideran ciertas actividades internas del sujeto como algo real de acuerdo a lo que el mismo sujeto reporta como estar ocurriendo y el clínico va a considerarlas en todo momento para tener un análisis funcional más completo y de acuerdo a la calidad de las primeras entrevistas con el sujeto. Simplemente, está ocurriendo, y es comportamiento también.

En la actualidad, hay publicaciones muy limitadas sobre este tema de las alucinaciones y las que hay son guiadas por diversas teorías que van, desde la teoría psicoanalítica, la de procesamiento de información, hasta la que es meramente del campo bioquímico y neurológico.

La teoría cognitivo conductual no se propone como la única que tiene la verdad sobre el fenómeno alucinatorio, sino que es una propuesta más real, más

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

psicológica, que proporciona mayor luz en un tema para muchos muy "oscuro" en los albores del siglo XXI; no obstante, hay todavía información al respecto que todavía no es muy clara y que se tiene que señalar todavía en teorías muy disimiles a la teoría cognitivo conductual ( y eso se podrá observar en el capítulo 4 y 5 de esta obra).

Además, es un gran avance para la psicología científica, cognitivo conductual, hacer una revisión del tema con los elementos clásicos de esta teoría, teoría que, pese a algunos críticos, sigue perfeccionando la visión más funcional de la psicología, ya que, por ejemplo, se pueden ubicar perfectamente las alucinaciones en un contexto hasta entonces muy subestimado, como son la de los estímulos que intervienen en el fenómeno alucinatorio y el papel que juega la imaginación y el pensamiento en su elaboración psicológica.

Siegel y West (1975), dijeron que, en una forma de hablar, las percepciones de uno pueden ser vistos por otro, pero que en un sentido estrictamente lógico, uno no puede soñar los sueños de otro, tener los dolores de otro o ver las imágenes de otro. Cuando nosotros describimos una imagen mental o alucinación, no estamos describiendo nuestra percepción o sea observando la mente en el proceso de percibir. Más bien, estamos describiendo al objeto -la alucinación per se- que es percibida.

El estudio del hombre de las alucinaciones es altamente dependiente de las palabras, imágenes y otros símbolos usados en la descripción (Siegel y West, 1975). Las alucinaciones han sido frecuentemente descritas y definidas como soñar despiertos. La

monotonía prolongada o fijación de la atención puede conducir a una responsividad disminuída al medio ambiente, con un efecto general similar a aquélla de la absoluta reducción de estimulación o de un trance hipnótico.

Bajo estas condiciones, ocurren fenómenos espontáneos disociativos, tales como la "hipnosis en carretera". Fenómenos similares que ocurren entre voladores han sido llamados "fascinación" o "fijación". Durante un monótono vuelo prolongado, los pilotos normales pueden experimentar alucinaciones visuales, auditivas y kinestésicas. Muchas gentes han oído ocasionalmente sus nombres o una oración pronunciada mientras están en la ducha o algún lugar similar rodeado por "ruido blanco" y al cerrar girando la llave o fuente de ruido, descubren que nadie estaba ahí y ningún otro evento había ocurrido (Siegel y West, 1975).

Todos estos antecedentes nos hablan perfectamente de la posibilidad de abordar este fenómeno psicológicamente y dar un avance y aportación a la psicología clínica teórica, para que posteriormente y de la misma forma, se examinen problemas tan complejos como el Mal de Parkinson, el Alzheimer o la psicosis, entendida ésta como estar fuera de una realidad presente y un autocastigo permanente. La teoría cognitivo conductual puede ser una solución a estas interrogantes para el psicólogo contemporáneo, ya que considera el aspecto fisiológico y motor del problema a analizar pero no lo expresa como causantes de la conducta, sino como factores que también intervienen y que son necesarios siempre tomar en cuenta.

## 1.2 Posesión diabólica

Seguramente el que lee esta revisión del tema de alucinaciones se ha de preguntar el motivo de este punto y no es para menos. Lo que sucede es que cuando aparecieron a ser notorias las alucinaciones en el mundo, se pensaba que el hombre estaba poseído por espíritus y que era debido a que, según esa creencia, el hombre era un hombre malo o bueno, y que todo dependía de la historia comunitaria, que dicho individuo hubiese tenido en un determinado lugar. Por otro lado, en la actualidad es un fenómeno común para algunas comunidades aborígenes en determinadas islas o partes de Asia, Africa y América Septentrional.

Sin embargo, se dice "diabólica" por ser el diablo una personalidad muy importante en el mundo espiritual o místico y por significar un cruel enemigo que sólo busca el mayor daño posible a los que tienen, de alguna forma, contacto con él. Este tema merecería un estudio más amplio y por separado, pero lo que se quiere observar es su relación con la alucinación que es el asunto que nos ocupa. Ciertamente que aquí el análisis caería en el problema de dotar de "alma" al individuo, pero y muy a pesar de lo que se diga en contra, el fenómeno ocurre y para el psicólogo representa conducta viva que estudiar concienzudamente.

En algunos templos cristianos, por ejemplo, existe dicha posesión cuando se da como un hecho que un espíritu o un gran grupo de ellos, penetren dentro del cuerpo del individuo y le transformen por

completo en cuanto a facciones, expresión de las emociones, voz y tono, tipo extraño de convulsión o de movimientos frenéticos y cuyo propósito sea dirigirse hacia su familia y reclamar o pedir algo de suma importancia para el individuo por ese medio (Mageo y Howard, 1996). Y a la gente le interesa mucho la posesión, al punto de hacer películas en las cuales el punto principal de referencia es que determinados espíritus entran en el cuerpo de la persona y de ahí no quieren salir hasta conseguir su objetivo principal: hacer que hagan lo que piden o destruir al individuo poseído.

Mageo y Howard (1996) dicen que en este sentido, hay más mujeres que hombres posesos y que mucho tiempo se ha creído que es un "mal de mujeres". De hecho, en la película famosa "El Exorcista", la persona que es poseída es mujer y por cierto de agradable apariencia. Y la posesión de espíritus no se diferencia en edad, ya que puede ser poseído un niño, o un anciano, aunque también la posesión puede ser deliberada, a propósito, con el fin de saber por ese medio la "voluntad de los espíritus" que rigen una comunidad y saber si están obrando las personas "acorde a esa voluntad".

Generalmente, es algo que se da de improviso. También es importante este punto porque señala que la persona que es poseída, al entrevistarla, se sabe que tenía un profundo conflicto interno con alguno de los miembros de su familia que ya había muerto y que dicha persona la posee o antes de ser poseída "alucina" que la ve, que la oye, que la huele, o que la toca y hasta que no se pone en paz con ese miembro

de la familia y su voluntad, no es libre de esa posesión (Mageo y Howard, 1996).

Papini (1994) habla de la influencia que tiene la sola palabra diablo para las personas y dice que cualquiera que esté un poco habituado a la introspección espiritual oye dentro de sí "voces" que no son las suyas, percibe instigaciones, urgencias, que un momento antes le eran desconocidas, imprevisibles e increíbles. Las palabras humanas pronunciadas o impresas colaboran a los fines más comunes de los hombres modernos: gozar y poseer, superar o suprimir.

Es costumbre antigua de aquéllos que son molestados por "Satanás", arrojarle junto con las palabras del exorcismo los objetos que se hallaban a mano: piedras pequeñas o libracos enormes que era una reacción pueril e ineficaz. Mucho tiene que ver, señala Papini (1994), que los hombres vivan de manera diferente a los mandamientos del Decálogo y a las exhortaciones del evangelio, pues lo hacen aún los cristianos que adoran a otras divinidades como la riqueza, la materia, la idea, la ciencia, el sexo y la imagen.

Blasfeman el nombre de Dios. Les faltan al respeto a sus padres y personas mayores, matan en la paz y en la guerra; se apoderan de algún modo de los bienes ajenos, desean la mujer y las cosas de los otros y practican sin escrúpulo la fornicación y cosas peores (Papini, 1994).

Y se puede notar que lo que el mago desea es hacer de un demonio o varios demonios unos "esclavos obedientes". Es magia de primitivos y supersticiones de poblaciones salvajes. Las brujas y los poseídos no

tratan de hacer del diablo un criado del hombre, sino que por el contrario, se imaginan estar poseídas o ser criadas del diablo. Son histéricas, alucinadas, de naturaleza perversas que buscan un desahogo a sus ideas de carácter sexual y desean cortejar y obedecer al ser sobrenatural. Pero fueron condenadas y quemadas vivas, pena atroz para dicho trastorno mental que requería, por supuesto, una solución mejor. Papini (1994) dice que no se han hecho nunca contratos entre los hombres y Satanás, pues serían pruebas de la locura de los hombres y de la imbecilidad de Satanás.

Esto le da una idea al psicólogo de la importancia de la entrevista y de la evaluación y análisis funcional del problema que presentan los pacientes en la clínica de no ir inmediatamente al tratamiento o estrategia de intervención cuando no han sido suficientemente claras las respuestas que le da el paciente al psicólogo y éste, con el fin de terminar rápidamente con el "problema", procede sin más preámbulo a dar el tratamiento correspondiente y concretar ciertas metas específicas, sin saber, como en el caso de la posesión diabólica, que existe un conflicto interno que debe ser tomado en cuenta y no solamente el problema presente (Viñas Velásquez, 1990).

Es cierto que no podemos ver al diablo por tratarse éste, bajo la óptica científica, de un concepto religioso, pero sí nos damos cuenta que la tendencia en la petición de la persona poseída es de índole erótica y sensual, ya que generalmente las personas poseídas quieren quitarse la ropa, desnudarse o por lo menos, que sea más visible su pudor. Giordani y Locatelli (1996) sugieren que es el hombre el que

busca el problema mágico porque está inconforme con la realidad que está viviendo. Estos autores dicen que el hombre alienado de las sociedades industriales avanzadas, se vuelve hacia la magia y las ciencias ocultas como ocurría en las sociedades primitivas, porque le prometen la posibilidad de modificar una realidad en la que él no se reconoce.

El hombre pide un poco de seguridad, para apartarse de la ciencia que lo ha frustrado luego de la gran esperanza provocada por los avances y por las aplicaciones tecnológicas, de poder vencer con facilidad en la batalla diaria por la supervivencia. Y desilusionado de la ciencia, recurre nuevamente a la magia.

El satanismo se ha propagado, creando a veces un clima delirante, en el que prosperan la ignorancia y la superstición. Y el problema no es respecto a la buena fe de los personajes de primer plano, sino en cuanto a las dimensiones del fenómeno, que son las más auténticamente indicativas de una profunda crisis de los individuos, en la que son envueltas personas de toda edad y de toda clase social (Giordani y Locatelli, 1996).

Esto hace pensar que el hombre, al no encontrar respuesta en la ciencia, de sus males y enfermedades, recurre a la magia, pero al mismo tiempo, al ignorar en qué sistema y procedimientos tiene contacto, llega a delirar, alucinar, a hablar para sí mismo ("oye una voz").

Estos autores citan el caso de Neil Smith, un reverendo británico que ha observado muchos casos de poseídos y que dice que hay que tener experiencia para distinguir un endemoniado de un enfermo. En

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

muchos casos se trata de histéricos y de neuróticos. Es decir, que para muchos médicos psiquiatras se trata sólo de trastornos de personalidad, aunque como sabemos, para los cognitivos conductuales, se está de acuerdo en lo que establece el uso diagnóstico del DSMIV pero se hace más énfasis en excesos o déficits conductuales, de acuerdo a la historia o análisis funcional del paciente.

También que dice Neil Smith que el diálogo entablado entre el exorcista y el diablo, que habla por la boca del endemoniado, es violento, plagado de insultos recíprocos.

Hay personas que llegan a tal punto de enajenar su propio conflicto que cuando utilizan la llamada "magia negra" les afecta también, pues esa energía que destinan para llevar el mal a alguien, repercute sobre ellos mismos, ya que son estímulos negativos verbales que emiten y constantemente lo hacen, creando una atmósfera hostil, de maldiciones, de sustancias químicas altamente venenosas dosificadas y en un ambiente sutilmente espiritual, sumamente agresivo y dañino (Giordani y Locatelli, 1996).

Esa "energía", de que hablan estos autores, es sencillamente la actitud negativa que expresa la creencia irracional del hechicero.

De hecho, dicen que una serie de alucinaciones pueden tomar la forma de voces, fragmentos musicales, de un lamento, de olores con frecuencia nauseabundos. La magia negra abre un mecanismo psicológico en espiral.

Sobre todo es necesario que la víctima sepa que contra ella se ha operado un hechizo; es preciso que encuentre sobre sí, o en su casa, alguna señal

reveladora. También se le puede entregar por mano o enviárselo por correo. Desde aquel momento ya no tendrá paz, su resistencia interna disminuirá. La idea de ser objeto de una brujería llegará a ser una obsesión, creándole una condición negativa que tarde o temprano provocará sus efectos (Giordani y Locatelli, 1996).

Ahora también se ha hablado del efecto premonitorio de algunas personas, como el caso que comentan ellos de un tal Barry Taff, quien afirmaba tener ciertas facultades extrasensoriales y que relató que pudo ver que una persona tenía una molestia en el cuerpo y que era precisamente del pulmón y que por coincidencia era cierto que padecía de enfisema.

Pero eso no es nada extraordinario, ya que cuando somos capaces de observar de tal forma a la gente qué actitudes toma cuando está enferma de cierta parte del cuerpo, lo almacenamos en la memoria y cuando se vuelve a presentar la misma condición de otra persona decimos que tiene la misma enfermedad que le vimos a la otra. No es más que mero recuerdo y práctica observacional. Aunque no podemos hacer de lado que exista, o no, un mundo espiritual que no captan nuestros sentidos, de la misma forma que decimos que existe cierta actividad mental aunque no podamos muy bien determinarla, pero eso es otro asunto no concerniente a esta ciencia.

Hay una teoría moderna de la posesión de espíritus que dice que no se trata de demonios que tratan de destruir a la persona que es poseída, sino que son entes de vidas pasadas que no terminaron bien su vida afectiva y hasta que no consiguen resolver esta última situación con las personas amadas o en conflicto, no

le dejarán de poseer (Fiore, 1988). Para alejarlos, el terapeuta pone en trance hipnótico al paciente y le hace preguntas precisas sobre la identidad del espíritu, el objetivo de su presencia en esa persona y cuál es su deseo real con respecto a ella.

Una vez que dice lo que quiere dicho espíritu, se le manda que se vaya por donde vino y que le deje en paz y después de ciertos movimientos o gestos de la posesa, se va agradeciendo al terapeuta su ayuda. y también se dice que cuando son poseídos por demonios que buscan la destrucción de la persona, no es asunto del terapeuta sino de la religión (Fiore, 1988). Sin embargo, en el conocimiento conductista no se ha experimentado con entes espirituales expresados verbalmente, sino con personas con ciertos delirios de ser algo que no son o de creer algo que no se ve a la vista independientemente de la religión, o de creer algo, irracionalmente, que esté presente.

De hecho, el acudir a una religión es porque en forma antecedente existe un conflicto en su historia de vida que se ve modificada, a través del tiempo y paralelamente, a la permanencia en dicha religión, evidencia que poco tienen que decir los conductistas.

### 1.3 Investigadores del siglo XIX

Entre todos los siglos, el siglo XIX ha sido importante porque es donde más existieron descubrimientos sobresalientes y pudo la ciencia avanzar tras un largo periodo de oscurantismo y estancamiento general. Y los problemas y fenómenos conductuales no se iban a quedar atrás del progreso

científico. La psicología clínica ya había tratado pacientes con excelente resultado, pero la parte teórica había quedado muy superficial a los requerimientos científicos de la época.

Y es el caso del célebre Esquirol, un investigador psicológico de ese tiempo, que en 1838 se da cuenta del fenómeno de la alucinación y le llama "percepción sin objeto" y dice que un hombre que tiene la íntima convicción de una sensación que percibe actualmente cuando ningún objeto exterior que excite esta sensación llega a sus sentidos, se encuentra en estado de alucinación y es un visionario (Lanteri-Laura, 1994).

Así, la alucinación se caracteriza por el contraste entre lo que experimenta el sujeto que sigue convencido de percibir y lo que comprueba el observador, esto es, la ausencia de objeto capaz de producir en el sujeto esta percepción. Para él, los órganos de los sentidos y las vías sensoriales no tienen ninguna intervención y todo sucede adentro, en el cerebro o en el alma y para el caso aquél puede sustituir a ésta.

El fenómeno de la alucinación no se parece a lo que sucede cuando, un hombre que delira, no percibe las sensaciones como antes de enfermar y como lo hacen las demás personas. Las ideas respecto de las propiedades y cualidades de las cosas y las personas se perciben mal y en consecuencia se juzgan mal pues el alienado cree que un molino de viento es un hombre, que un hoyo es un precipicio, que las nubes son un cuerpo de caballería. Esto nos hace recordar al gran Quijote de la Mancha cuando luchaba con los molinos de viento creyéndoles unos gigantes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En este último caso, las percepciones son incompletas, hay un error; las ideas y las sensaciones actuales no se conjugan bien. En las alucinaciones no hay ni sensación ni percepción externas, como tampoco en los sueños y en el sonambulismo, ya que los objetos exteriores dejan de actuar sobre los sentidos y la sensación interna tiene mucho valor para el que alucina. Para Esquirol, la alucinación es un fenómeno cerebral o psíquico que se presenta independientemente de los sentidos. Persiste aunque el delirio haya terminado y viceversa (Lanteri-Laura, 1994).

La única diferencia que acepta respecto al sueño es que el que sueña duerme, mientras que el alucinado está en vigilia, de manera que sueña despierto, y respecto al sonambulismo, que el sonámbulo no recuerda nada, mientras que el alucinado si recuerda sus alucinaciones (quizá precisamente porque está en vigilia, ya que el sonámbulo persiste con los ojos cerrados a la manera de una autohipnosis y el cuerpo de tal forma relajado y por cierto esta diferencia de estados del cuerpo podría ser una gran clave para descifrar este "misterio").

Para Esquirol, si los sordos pueden tener alucinaciones auditivas y los ciegos alucinaciones visuales, ello prueba que este síntoma es un fenómeno intelectual y cerebral, los sentidos no tienen nada que ver en su producción: ocurre aunque los sentidos no funcionen. Las ilusiones pueden afectar al oído y asimismo a la vista, el olfato, el gusto e incluso el tacto".

Resume que las ilusiones se diferencian de las alucinaciones en que son resultados de los efectos de

las extremidades sensibles externas o internas sobre el cerebro mientras que las alucinaciones sólo resultan del cerebro (Laneri-Laura, 1994). Pero esto último es paradójico, pues si sólo resultan del cerebro, ¿porque se siguen sintiendo cuando tal sentido no está funcionando? Y si sólo es cerebral, ¿qué es lo que están expresando en su manifestación? Eso es sencillo de responder: un conflicto, ya que el cerebro no hace nada por casualidad.

Por otro lado, lo que Baillarger propone es fundamental desde el siglo XIX. El acepta la definición de las alucinaciones de Esquirol y dice que las del oído le parecen las más frecuentes. Hay que distinguir en ellas los ruidos de las palabras y de las frases, verificar si éstas se dirigen a él o hablan de él, contar la cantidad de voces. Situar a que distancia se encuentran, identificar su idioma, precisar si vienen de un solo lado o de los dos y asimismo definir las que ocurren dentro de la cabeza, en el epigastrio y las ocultas e internas.

Baillarger en 1846 dijo que estas alucinaciones pueden ser aisladas o relacionarse entre si y esto predomina en las enfermedades agudas. Dijo que hay algunos que, como lo dicen ellos mismos, no experimentan nada parecido a una sensación auditiva: escuchan el pensamiento. En ellos, el fenómeno de ninguna manera es sensorial. La voz que les habla es una voz secreta, interior y por completo diferente de la que se percibe con los oídos.

Por lo contrario, otros alucinados afirman que las voces que escuchan son fuertes, sonoras, completamente parecidas a las voces ordinarias. En algunos casos, incluso el enfermo ha experimentado

sucesivamente dos fenómenos de naturaleza distinta que sabe distinguir perfectamente (Lanteri-Laura, 1994). Esto hace pensar que no se trata de la función "lineal" del cerebro, sino del pensamiento y de sus ideas irracionales, esto es, que no se trata de una respuesta de determinado lóbulo o cisura, sino exclusivamente del nivel mental expresado en algo percibido, que bien podía denominarse como una autoregulación del estímulo o condición presente, pues no ocurre la estimulación en un espacio al vacío, sino una historia previa de reforzamiento como mínimo.

Además, el mismo Baillarger le da importancia a cierta facultad imaginativa, cuando dice que hay dos tipos de alucinaciones: unas completas, compuestas de dos elementos y que son el resultado de la doble acción de la imaginación y de los órganos de los sentidos (Lanteri-Laura, 1994); éstas son las alucinaciones psicosenoriales; las otras que sólo se deben al ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginación, son completamente extrañas a los órganos de los sentidos, carecen de elemento sensorial y por ende son incompletas, son las alucinaciones psíquicas.

No sólo los enfermos que padecen alucinaciones auditivas indican el carácter de la voz que escuchan y que es fuerte y grave o delgada y chillona, sino que llega a suceder que dicha voz sólo es escuchada por uno solo de los oídos. En las alucinaciones de la vista, las imágenes siguen la dirección de la mirada, abarcan los objetos exteriores, y así sucesivamente. Unas voces son intelectuales y ocurren "dentro del alma"; las otras son corpóreas, golpean a los oídos exteriores

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

del cuerpo. En el sueño pueden coexistir estas dos clases de alucinaciones (Lanteri-Laura, 1994).

Podría deberse este fenómeno a que el aire juega un papel importante en la conducción de los sonidos y el receptor sensorial distorsiona esta sensación de estímulo, discriminándolas como palabras, que en realidad no existen en la parte exterior del cuerpo. Y en el sueño, es posible que no se pierda mucho la recepción de los sonidos, sólo que obviamente al estar el cuerpo en la inconsciencia, no hay discriminación fina de los estímulos auditivos en sí.

Falret, otro investigador de la época, dijo en 1864, que la frecuencia de las alucinaciones del oído se debe a la estrecha relación existente entre el pensamiento y su expresión mediante la palabra. Brierre de Beismont en 1856, dijo que la reminiscencia de una sensación puede equivaler a la sensación misma y que la vivacidad de un recuerdo puede equivaler a la sensación.

Aquí la facultad psicológica de memoria interviene en forma precisa, pues dada la condición para el recuerdo, tiene la propiedad suficiente de evocar tipo de voz, ritmo, modulación y tono, pero esa respuesta aparece por que el gradiente de reforzamiento es relativamente muy pequeño en comparación con otras situaciones similares en que no tiene tanto efecto el recuerdo (olvido).

Dice que existe el punto ambigüo de saber que parte corresponde a la imaginación, al recuerdo o a la representación (que unos refieren al alma y otros al cerebro), y qué parte a la sensación, que todos identifican con los órganos periféricos y los nervios aferentes (Lanteri-Laura, 1994).

Y para Brierre, ante un paciente que experimenta alucinaciones del oído, nadie va a examinar el estado real del oído interno ni el trayecto del octavo par (a menos que sea mera investigación fisiológica, pero aún así, eso no es posible). Se juega gratuitamente con la imaginación, la memoria y la sensibilidad y se establecen profundas diferencias entre la sensación y la percepción, ya sea que se acepte una continuidad entre la imaginación y la sensación o que se efectúe un corte entre ellas.

J. Seglas en 1892, observa que en las alucinaciones del oído hay que distinguir por lo menos lo que el sujeto considera que escucha. Puede tratarse sólo de ruidos confusos, mal precisados, que generalmente se traducen con onomatopéyas, o de ruidos precisos relacionados con fenómenos exteriores: sonar de campanas, ruido de la lluvia, etc.

En estos dos casos se trata de alucinaciones auditivas, no verbales, pues estas suponen por lo menos que se escuchan palabras y en los casos más complejos se trata de verdaderas voces que se dejan escuchar. Seglas dice que se trata de experiencias que se viven como perceptivas, pero un carácter constante es que las palabras o frases que las voces pronuncian parecen venir de fuera, del exterior, y el sujeto las percibe como si fueran emitidas en su presencia por un interlocutor y vinieran a golpearle el oído (Lanteri-Laura, 1994).

En algunos casos, señala Brierre, es el eco del pensamiento, aunque un eco muy sensorial; no puede pensar sin escuchar la expresión clara en sus oídos de su propio pensamiento. J. Seglas no se plantea la cuestión de saber si se puede alucinar sin ser alienado,

aunque se pregunta a qué variedades de enfermedades mentales puede corresponder.

En los delirios con temas religiosos o verdaderamente místicos, las alucinaciones verbales pueden estar acompañadas de alucinaciones visuales, o más precisamente, se producen en un estado de éxtasis en el cual el sujeto escucha una voz más o menos divina, cuya visión se le impone. Este podría ser el caso de ciertas posesiones en algunas islas del Caribe.

También se habla de la locución "alucinaciones extracámpicas" para designar aquellas alucinaciones visuales que se desarrollan fuera del campo visual del sujeto. Se acepta también el término de alucinación polisensorial. Las alucinaciones pueden combinarse o presentarse por separado sin que un caso parezca entonces verdaderamente distinto del otro (Lanteri.Laura, 1994).

Por su parte, Caballo (1995), dice que en algunas ocasiones el paciente está respondiendo a situaciones nuevas. Existen alrededor de él factores culturales, étnicos y otros similares.

La nueva conducta (en este caso el de alucinar) es apropiada para las contingencias de reforzamiento del ambiente natural del paciente de modo que dicha conducta obtenga reforzamiento en ese ambiente. Las personas entre si mismas y ellas mismas juegan un papel importante en el control de estímulos (ed y edelta). La alta tasa de reforzamiento produce un gran número de respuestas, pero los efectos no se mantienen, sino que se extinguen rápidamente; lo mismo ocurre con el autoreforzamiento continuo (obviamente lo que está haciendo el que alucina en ese

momento, generalmente, en la utilización práctica de su creencia irracional). Es el caso de que cuando se está haciendo una pregunta al paciente se está reforzando cierta conducta verbal y la posterior conducta no verbal. Ese entrenamiento en asociación ayuda a los pacientes a desarrollar sus propias señales verbales en ausencia de estímulos externos que establezcan la ocasión para una conducta determinada (Caballo, 1995).

#### 1.4 Sustancias alucinógenas principales.

Es necesario también mencionar que además de que las alucinaciones pueden deberse a un estado extático y producto de un conflicto interno, también pueden ingerirse algunas sustancias que traen consigo alucinaciones más variadas de forma voluntaria. Obiols Vié y Gonzalez Monclús (1980), dicen que la toxicomanía implica connotaciones de rebeldía, de ruptura con moldes y valores establecidos. Esto hace pensar que la rebeldía y dicha ruptura no aparecen en la vida del individuo de casualidad, sino que son ingeridos porque en si existe un conflicto interno que les hace autoreforzarse con estas drogas, como para algunas otras personas tomar alcohol a niveles muy altos.

Dicen estos autores que los que causan dependencia física son los opiáceos como la morfina y la heroína, la metadona, las anfetaminas, los barbitúricos y, en cierto modo, el alcohol. Pero el LSD 25, la cocaína y los derivados de la cannabis

como la marihuana y el hachis, sólo crean dependencia psicológica.

Hoffer y Osmond (1972), dicen que la mescalina es uno de los alcaloides activos del peyote americano. Están ausentes las alucinaciones de visión pero si hay alucinaciones auditivas y existen desórdenes del sentimiento de localización, es decir, que no saben donde están ubicados. En la segunda fase de acción tóxica aparecen imágenes de su propia vida interna. Las ilusiones sensoriales son el factor interesante en las etapas de acción. Los objetos ordinarios aparecen como maravillosos. Se perciben sinfonías de color, pues fulguran con una delicadeza y variedad la cual ningún ser humano podría producir.

Los objetos bañados en tales colores brillantes se mueven y cambian sus tintes tan rápidamente que es difícil distinguirlos. Las personas de forma grotesca pueden ser vistos como enanos rojizos, creaturas fabulosas, plásticas y con movimiento, o inmóviles, como en una película (Hoffes y Osmond, 1972). Las esferas y cubos cambian de color.

Su principal derivado es la anfetamina, la asarona y la kava kava. Cuando la kava kava se toma con moderación ayuda a mejorar el estado de ánimo, pero a grandes dosis es alucinogénico. Los samoanos toman kava kava antes de sus medicamentos y los hawaianos lo usan para inducir a la relajación. El adrenocromo, adrenolutina y 5,6 hidroxyn-methylindole son derivados de la adrenalina, los cuales no han sido separados todavía y cristalizados de sus fuentes naturales. Esto hace pensar que en momentos de miedo o gran terror el individuo alucina a causa de la gran secreción de adrenalina o de un derivado de ella.

El adrenocromo produce una sensación de mordedura. Después de 10 minutos, el sujeto nota una sensación ligera de calor facial y hormigueo en los dedos. La depresión es más frecuente que la euforia. La percepción del propio cuerpo se distorsiona. Los cambios cesan después de hora y media. Hay una distorsión de la percepción de la imagen corporal como sentir las piernas más cortas, pseudo alucinaciones de mensajes misteriosos en lenguaje telegráfico que proviene del universo, así como alucinaciones táctiles (Hoffes y Osmond, 1972).

El l-triptófano es uno de los aminoácidos esenciales. Los aminoácidos son tóxicos cuando se dan en exceso. La acumulación de fracciones de proteínas, como dipéptidos y aminoácidos, se consideran responsables de los cambios psicológicos, los cuales pueden culminar en coma en algunos pacientes con hígados dañados, especialmente si tienen dietas con altas proteínas. Con la cohoba (para algunos jojoba), se obtienen alucinaciones visuales de rojo intenso y bloques negros, una inhabilidad para concentrarse, y un sentimiento de gran placer con menor ansiedad.

Desde la parte norte de Europa donde vivieron los vikingos, hacia el este de las tribus primitivas de Siberia, al sur de Borneo y Nueva Guinea y al oeste de Perú y Mesoamérica, los hongos se usaron en ritos religiosos. La historia de las religiones naturales de las Américas se escriben en términos del conflicto entre indios y hombres blancos como intentos hechos para suprimir estas religiones sacramentales. A los mexicanos se les prohibió el uso de su hongo sagrado

nanacátl y a los indios del sur de Estados Unidos se les prohibió el uso del peyote.

Hay una gran diferencia entre los consumidores del hongo y del peyote, pues el peyote es usado regularmente una vez a la semana y los hongos se toman a intervalos irregulares cuando hay una gran necesidad de ellos. La psilocibina produce reacciones muy similares al LSD pues tiene propiedades eufóricas semejantes aunque también inducen letargo, bostezo, ensoñación, parecido a la reserpina.

Todos los alucinógenos producen cambios en la percepción, pensamiento y ánimo, pero difieren en contenido desde que dependen más de la personalidad e inteligencia del sujeto. Con el consumo del LSD existe distorsión del espacio en tercera dimensión, ya que puede ser alternativamente más pequeño o más grande. Los objetos parecen fluctuar en la distancia del sujeto.

Las caras se ven aplanadas y frecuentemente las figuras en fotos, cuadros y escenas en las cortinas se hacen de tres dimensiones y con vida. Los grandes pasillos se hacen interminablemente largos y los objetos se hacen más largos o más cerrados. La historia del consumo del peyote comenzó cuando los indígenas mexicanos vieron a los hongos como santos y como que eran la clave para la comunicación con la deidad, Quetzalcóatl. Lo consumían a puertas cerradas por la noche como un hábito (Hoffer y Osmond, 1972).

El curandero prefería usarlos crudos, sin lavar, hongos frescos que podían ser preservados hasta por 6 meses. En el uso de alucinógenos se observa una necesidad del individuo de tener experiencias nuevas,

de alterar su medio ambiente al menos por medio de su imaginación y utilizar sus ideas irracionales como un argumento para tener esas experiencias y dejar de responder, por lo menos en tanto que dure el efecto de la droga, a las situaciones en la que no recibe un reforzamiento explícito o por el contrario, donde el exceso de reforzamiento le causa ansiedad.

Los alucinógenos botánicos más importantes están relacionados en su estructura con los componentes biológicamente activos que se dan naturalmente en el cerebro. Por ejemplo, la psilocibina y los alcaloides psicoactivos de las semillas de la virgen son derivados de la indol-triptamina y por lo tanto resultan similares en estructura química a la serotonina (5-hidroxi-triptamina); a su vez, la mescalina está relacionada con la noradrenalina (Furst, 1980).

Además se ha visto que la norepinefrina del cerebro corresponde estructuralmente al ácido caféico derivado de elementos químicos hallados en diversas plantas, inclusive en los granos del café y las papas. Es por eso que un hábito normal de tomar café o de comer papas fritas debe tenerse muy bien supervisado, pues ambos productos alteran el sistema nervioso y pueden producir ensofaciones poco controladas. Y este "hábito" de tomar sustancias por alguna razón, ya existía en América.

La mayoría de indígenas del norte al sur y a través de toda la prehistoria, les conferían poderes sobrenaturales a las plantas (Furst, 1980). La sophora parece ser uno de los alucinógenos más viejos y que más tiempo han vivido en el Nuevo Mundo. En las últimas décadas del siglo XIX la sophora fue remplazada por el cacto del peyote, más benigno. Y

también una parte de Estados Unidos tuvo que ver pues la primera mención europea de la sophora secundiflora se remonta en 1539, cuando Cabeza de Vaca mencionó las semillas como un objeto de trueque entre los indios de Texas (Furst, 1980).

Sin embargo, la alucinogénica semilla de mescal se hallaba bien integrada no sólo en la cultura preagrícola del Oeste arcaico o cultura del desierto, desde sus épocas más tempranas hasta el año mil después de Cristo, sino que ya era conocida y empleada por los indígenas del Paleolítico, desde finales del anterior periodo de caza de los grandes animales, durante el Pleistoceno, hace diez u once mil años, no mucho después del cese de las últimas inmigraciones continentales a partir de Asia.

Los huicholes y otros indígenas mexicanos continúan considerando que el peyote es sagrado y que posee grandes poderes terapéuticos para el cuerpo y la mente (Furst, 1980). Las plantas psicoactivas o las secreciones animales no han sido los únicos o los principales medios para obtener estados alterados de conciencia. Y es posiblemente porque otras conductas y actividades que tiene el hombre pueden producir resultados similares.

Muchos pueblos aborígenes obtuvieron los mismos fines con medios no químicos, tales como el ayuno, el padecimiento de sed, automutilación, tortura, exposición a los elementos, insomnio, danzas incesantes y otros medios de agotamiento total, sangrías, inmersión en estanques congelados, inmersión hasta el borde de la asfixia, laceración con espinas y con dientes animales, así como otros procedimientos de dolor (Furst, 1980); también

distintos tipos de actividad rítmica, autohipnósis, meditación, cantos, tambores y música. Posiblemente, algunos chamanes también emplearon espejos de pirita, de obsidiana y de otros materiales para llegar al trance, como aún hacen algunos chamanes indígenas de México. En realidad, algún tipo de ordealía, usualmente en la forma de privación de lo que es normal en cuanto a alimento, bebida, sueño o sexo durante distintos lapsos de tiempo, es casi siempre el requisito para el uso de alucinógenos y obviamente juega un papel importante en la intensificación de la experiencia extática (Furst, 1980).

Desde el momento en que llegaron los españoles a suelo americano, observaron una extraña costumbre indígena, como un aspecto indispensable de la religión y del ritual aborígen: la intoxicación extática con distintas plantas a la que los pueblos atribuían un poder sobrenatural.

En las primeras décadas del siglo XVI, los conquistadores españoles descubrieron que los indios poseían una considerable farmacopéa psicoactiva que incluía varias clases de hongos sagrados, peyote, datura y unas especies potentes de tabaco llamadas piciétl (Furst, 1980). Aunque otros alcaloides pueden contribuir a los aspectos psiquedélicos de la intoxicación nicotiana, el principio activo más importante es la nicotina, un alcaloide piridino que aparece en las especies aborígenes en concentraciones más altas hasta cuatro veces más que los cigarrillos modernos.

La nuez moscada actúa en el sistema nervioso central como alucinógeno intoxicante, en dosis mayores, con efectos posteriores, como náusea

extrema, dolor de cabeza, mareos y resequedad de la nariz y la garganta. La tubernanthe iboga se le conoce por eboka. Con dosis masivas se puede "abrir de golpe la cabeza" y efectuar el contacto con los ancestros. De 75 a 125mg de ibogaina son suficientes para producir el deseado sueño extático en el cual uno viaja por fuera del cuerpo hacia "otros mundos" donde moran los ancestros y se aprende a hacer su trabajo. Con el yajé colombiano o bebida banis tercopsis, las alucinaciones surgen después de la tercera taza, otras después de la cuarta y así en adelante. Es un derivado de la ruda siria.

Según algunos indígenas, las experiencias con el yajé son: la sensación de que el alma se separa del cuerpo físico y realiza un viaje, a menudo con la sensación de vuelo. Visiones de jaguares y de serpientes y de otros animales predatorios. El contacto con demonios o con Dios, el cielo e infierno. Visiones de personas lejanas, ciudades y paisajes (Furst, 1980). La sensación de conocer los detalles de delitos recientes que no han sido solucionados como robos y homicidios. Alucinaciones auditivas y visiones de ciertas formas geométricas, auras, la muerte de uno mismo, combates con demonios y animales. Colores brillantes, cambio de ciertas formas.

Al no tener respuesta en animales, Hoffman experimentó en él mismo los efectos del compuesto que descubrió, el LSD-25, cinco años después, en 1943. Repentinamente, tuvo sentimientos de inquietud y de mareo y de pronto tuvo fantásticas visiones de un realismo extraordinario con un intenso juego calidoscópico de colores. Esta condición duró dos horas y en ese lapso cambiaron la autopercepción y el

sentido mismo del tiempo. Del doliuhqui sagrado, se escribió en 1651, que cuando los sacerdotes querían comunicarse con sus dioses y recibir mensajes de ellos, comían esta planta para inducir un delirio. Se les aparecían mil visiones y alucinaciones satánicas. La planta en sí era una divinidad, objeto de adoración, preservada reverentemente dentro de los altares secretos en las casas de los chamanes del pueblo, pero también en casas de curanderos y aún de la gente común y corriente de la primera época colonial.

Las semillas recibían oraciones, peticiones y conjuros diversos de la gente que las honraba con ofrecimiento de sacrificios, incienso y flores (Furst, 1980). Todo esto hace pensar que ya desde la fundación del mundo, el hombre ha tenido contacto con estas plantas que producen sustancias alucinogénicas y que por un lado pueden consumirlas por accidente o bien voluntariamente, utilizando algo tan valioso socialmente como es la religión para sus fines místicos sobrenaturales o por lo menos para experimentar algo más allá del simple ritual.

Pero hay que pensar en el motivo: un conflicto. Un conflicto que se puede traducir en un problema consigo mismo o con los demás y por lo cual utilizan dichas sustancias como un autoreforzamiento con que solucionar esa ansiedad persistente. Es decir, que hoy en día los que consumen sustancias alucinogénicas no lo hacen por casualidad, sino que persisten en ella por el placer que les causa y por la dependencia física que eso conlleva que les hace difícil realmente disfrutarlas o por el contrario apartarse de ellas.

Ora bien, para el chamán representa un negocio redondo, porque haga lo que haga el conflicto persiste

hasta que no sea solucionado por el paciente interpersonalmente y terapéuticamente aún usando su propia imaginación como en el caso del uso de la desensibilización encubierta sugerida por Upper y Cautela (1983).

### 1.5. El punto de vista cristiano occidental

Es de algún modo dificultoso establecer una opinión religiosa en un escrito científico, sin embargo, es importante señalar algunas consideraciones al respecto, sin caer en un problema dogmático o proselitista. Ver a las alucinaciones como algo que concierne al mundo cristiano pareciera ser algo utópico, pero entre las religiones, el cristianismo ha sobresalido por ser la persona de Cristo quien sirve de parámetro para las demás religiones, no sólo por la epistemología cristiana, sino porque conlleva la presentación de ciertos fenómenos conductuales y cognitivos, además por el valor histórico asignado a su resurrección.

Conductuales en el sentido de que la historia registra a Cristo como haber existido hace ya más de 2000 años y pareciera que su gran influencia ha afectado a la misma ciencia, quien de antemano anuncia su divorcio con dicha epistemología y ontología dogmática.

Y cognitiva, porque crea una ideología y una creencia que puede ser verídica de acuerdo a lo que expresa, por ejemplo, el paciente en la clínica. Mahoney (1997) dice que hoy en día prácticamente sin excepción, los psicoterapeutas cognitivos reconocen la

importancia de la relación terapéutica y el hecho de que se deban desarrollar y analizar los mundos privados del paciente, sea para mejor o peor, dentro de un contexto en el que se dan unas fuertes relaciones afectivas. Y en el cristianismo, estas relaciones afectivas son las que impulsan a muchos a cambiar sus creencias ya sean racionales o irracionales de acuerdo a sus preferencias y aprendizaje (Caro Gabalda, 1997).

Sólo hace falta leer un poco el Nuevo Testamento para darnos cuenta que muchas de las cosas que ahí se relatan ocurren en la vida de Cristo y sus apóstoles, pero existen algunos detalles, en donde el conflicto aparece en cada uno de los personajes y se crea una alucinación que aparece como efecto de la "fé".

Por otro lado, como se vió anteriormente, existen medios distintos a las sustancias alucinógenas tal como el ayuno, padecimiento de sed, tortura, exposición a los elementos, insomnio, agotamiento total, laceración con espinas y procedimientos de dolor (Furst, 1980), que ocurren en la narración testamentaria que puede llevar a pensar que influyeron sobremanera en la actitud y conducta de Cristo y sus apóstoles, así como el resultado de dicha influencia. Cristo hablaba de su propio conflicto interno, el de cumplir el propósito del Padre, quién llegó a observarle en agonía, y que menciona en la cruz: "Consumado es".

Se le observa también a Cristo teniendo una pequeña discusión con su madre María en el momento en que se acaba el vino en la fiesta de bodas y que le comenta a él el no haber más bebida. El entonces, posiblemente molesto, le dijo: "¿qué tienes

conmigo, mujer? Aún no ha venido mi hora". Aquí visiblemente se veía el conflicto: se le molestaba cuando su ministerio sobre la tierra aún no había comenzado y por otro lado, le reclama a su madre su actitud impositiva tal vez. Así se ve entonces que Cristo experimentó también un conflicto, pero no tenía físicamente quien le aconsejara determinada conducta a seguir, pues como sabemos por su historia, él tenía sus propósitos, humanamente irracionales, pero místicamente muy profundos y defícos.

En otras, él juega un papel asimismo de alucinación, cuando se presenta una noche en el mar con sus discípulos y estos dicen: "¡Fantasma es! Pero Jesús les habló y les dijo: "Tengan ánimo, yo soy, no teman". Pedro quiso ir hacia él, pero al sentir el viento, ya se hundía, cuando Jesús le toma consigo y ellos dijeron: "Verdaderamente es el Hijo de Dios". Aquí Cristo intervino en los pensamientos automáticos de sus apóstoles, que como dice Mahoney, son procesos fuera de la conciencia y si se trabajan los efectos emocionales y comportamentales de estos pensamientos se puede conseguir que se hagan explícitos y por tanto susceptibles de modificación (Mahoney, 1997).

Cristo, en esta aparente "alucinación" funge como un terapeuta que, según Mahoney, ayuda a los pacientes a reestructurar cognitivamente sus acontecimientos estresantes y a "normalizar" sus reacciones. Otro caso es cuando se da cuenta de las intenciones de Judas Iscariote y tiene el conflicto emocional de contenerse y no desahogar su ira para sólo limitarse a decirle después de la cena: "Lo que has de hacer, hazlo ahora". Judas sale de inmediato

del convite pero le deja en una situación obvia de conflicto emocional, al no resolver de inmediato la traición que venía ya tramando Judas desde hace tiempo y que Cristo no le reclamara como humano y que tuviera que soportar hasta el final de su historia humana. En la predicación del evangelio por parte de los incipientes apóstoles en su comienzo, ellos transmitían no sólo algo teórico, sino que visiblemente habían presenciado y eran testigos de los cambios en las personas tratadas no tan sólo cognitivamente, sino conductual y "espiritualmente".

Mahoney, por su lado, dice que no son los síntomas de la depresión, ansiedad e ira por sí mismos los que interfieren en el funcionamiento, sino lo que los clientes se dicen y dicen a otros sobre sus reacciones (la predicación en sí), las historias que construyen y que eso es importante para el proceso adaptativo.

Algo que sería muy contundente en la vida de Jesús, fue el momento de la tentación, donde después de un tremendo ayuno de 40 días, visiblemente el proceso alucinogénico estaba presente, el diablo se le presenta y lucha verbalmente con él, pero ¿porqué no fue una lucha física?. Y por otro lado, se registra que ángeles del cielo bajan a darle de comer y a servirle, ¿otras alucinaciones?

Sin embargo, no es tan fácil decidir si en verdad era un efecto alucinogénico debido a que todavía en la actualidad han habido muestras de la presencia de Cristo sobre la tierra en milagros de sanidad y solución práctica de los problemas cotidianos según reportan los creyentes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

También es el caso, del hablar en otras lenguas extrañas, porque hasta que punto son trastornos neuróticos de un conflicto y hasta que punto la mayoría de los creyentes imitan esos sonidos. Sólo cabe la observación y la creencia "racional" en dichas conductas, aunque se han reportado "visiones" de luces intensas, de voces murmuradas y de consejos verbales impersonales.

Mahoney(1997), asegura que la literatura sobre esquizofrenia sugiere que el pronóstico de ésta, en términos de recurrencia o rehospitalización, es peor para aquellos pacientes que viven en familias con niveles altos de emoción expresada (casi siempre emociones negativas) con respecto al paciente. Se necesita trabajar más, dice Mahoney, en la exploración de las cogniciones familiares, su relación con la emoción expresada y con el pronóstico y la interacción de las cogniciones familiares con las propias del paciente.

En el nivel más superficial de la cognición, el más accesible a la conciencia para cliente y terapeuta, están los pensamientos automáticos. Las personas deprimidas (la mayoría de las personas religiosas) tienen pensamientos negativos sobre si mismos, su mundo y su futuro (aspectos que les afectan demasiado), que personifican en contenidos de inutilidad, culpa, incompetencia, fracaso, deprivación, soledad y desesperanza (conflictos que señalo) y desde el libro de Hechos hasta el Apocalipsis, se encierran todas estas emociones expresadas y algunas no muy expresadas como en la frase: "Todo lo puedo en Cristo que me fortalece" de Pablo.

También se pueden encontrar pensamientos característicos en otros trastornos como los trastornos de ansiedad, y experimentar pensamientos relacionados con la percepción de peligro. Se llaman pensamientos automáticos porque surgen de forma espontánea, son muy breves e incluso pueden no reconocerse a menos que se oriente al paciente a registrarlos de un modo deliberado (Mahoney, 1997).

Estos pensamientos automáticos, reflejo de la valoración que el sujeto hace de una situación en vez de la situación objetiva actual, conduce directamente las respuestas comportamentales y emocionales del paciente (Mahoney, 1997). Podría mencionarse casos de alucinación característicos en el Antiguo Testamento, como las famosas sueños que tuvo el rey Nabucodonosor y que le crearon un conflicto emocional tan importante que no podía dormir y que le hacían estar angustiado y observar que ningún sabio o adivino le pudo decir que sueños había soñado sino sólo el profeta Daniel.

Y un primer sueño que tuvo Nabucodonosor fue el de una gran imagen cuya cada parte del cuerpo de ella significaba, según Daniel, la historia sucedánea de los reinos hasta llegar al reino de Cristo el cuál sería el único que duraría para siempre y Nabucodonosor premió a Daniel por tan gran revelación y le hizo gobernador de Babilonia. Luego tuvo otro de un gran árbol que salía de en medio de la tierra, que crecía y cuya copa llegaba hasta el cielo de follaje hermoso y abundante y todos los animales se cobijaban a su sombra y en sus ramas estaban toda clase de aves. Pero llegó un vigilante del cielo que hizo cortar el árbol y que sólo quedasen las raíces, siendo este sueño

la sentencia de que Nabucodonosor se volvería como bestia y comería raíces y hierbas secas por su soberbia y no reconocer a Dios quien le puso por rey. Y fue que Nabucodonosor se volvió como bestia y así estuvo hasta que su pelo creció como plumas de águila y sus uñas como la de las aves hasta que alzó sus ojos al cielo, bendijo a Dios y le glorificó, "cambió su aspecto y recobró la razón". Otro caso es el de su hijo Belsasar quien también fue rey y quien no tuvo un sueño sino una alucinación, que veía unos dedos de una mano de hombre que escribía sobre la pared de su habitación unas palabras en clave y dice que el rey palideció, y sus pensamientos lo turbaron y se debilitaron sus lomos y sus rodillas daban la una contra la otra.

Era un miedo y terror terrible. Y la escritura era Mene, mene, tekem, uparsin, que era una sentencia de que su reino sería roto e iba a ser dado a los medos y persas por su soberbia, idolatría y por haber profanado el templo de Dios. Lo que si es claro es que estas historias nos narran una particular historia relacionada con Dios, pero puede contemplarse la reacción que tuvieron estos reyes cuando tuvieron estos sueños y alucinaciones, lo que hace pensar que pasaban por momentos de gran ansiedad y utilización de pensamientos automáticos, así como un diálogo interno irracional.

En la actualidad, el cristiano pasa a través de la elección de su doctrina, por momentos en que sus creencias racionales e irracionales se mezclan, es decir, donde tanto la realidad como la propia expectativa de los resultados de una acción, muchas

de las veces emocionalmente forzados, lo vive el creyente simultáneamente.

A veces experimenta la realidad tal como la siente y en otras ocasiones tal como lo cree y esto le produce un conflicto, pues no puede distinguir en un momento determinado, hasta donde lo que espera es real o hasta donde lo que cree no es más que resultado de dicha espera. Y aquí el líder cristiano juega un papel importante pues impulsa al creyente a creer determinada idea y persistir en ello hasta hacerla propia. Es parecido a lo que Meichenbaum determinó en sus observaciones al formar la base de su teoría de modificación cognitivo-conductual (Caro Gabalda, 1997).

De acuerdo con esta teoría, primero los clientes se dan cuenta de su conducta y de su diálogo interno sobre su conducta. Entonces se les entrena para emitir conductas incompatibles y diálogos internos (hablándose a sí mismos de manera distinta) y finalmente se les entrena en exhibir esas nuevas conductas en su entorno y a pensar de forma diferente sobre su nueva conducta.

Asume que la gente actúa primero y luego piensa y reconceptualiza esa conducta. Para Meichenbaum, el trabajo del terapeuta consiste en entrenar al cliente a darse cuenta de la conducta, a pensar sobre ésta y cambiarla y luego reconstruir el diálogo interno sobre esa conducta. Sin embargo, al contrario del resultado en un simple cliente, para el creyente esa reconstrucción del diálogo interno lo aplica directamente y en forma completa en su doctrina y "fé" y obtiene una mejoría en sus relaciones interpersonales, laborales y en ciertos casos,

académicas. De ahí, que el entrenamiento que recibe el creyente cristiano sea un poco más completo y por ende "espiritual" ya que el diálogo interno tiene una mayor cantidad de conceptos abstractos y de valores sociales más refinados.

## CAPITULO 2.

### Actividades internas

#### 2.1 La imaginación

Lapoujade(1988), conocido humanista del siglo XX, dice que la imaginación, en un sentido amplio, es la capacidad de crear imágenes, que es la actividad primordial. crear imágenes. Imaginar, en un sentido lato, es ver. La actividad consiste en la aprehensión de un "objeto" (material o no, existente o no, concreto o abstracto, etc), figurativamente. Las imágenes, para Lapoujade, se forman cuando partículas más sutiles logran atravesar los sentidos y penetrar, en lo que el llama "espíritu", (Lapoujade, 1988) con un movimiento rápido.

Las imágenes según este autor también son el resultado de emanaciones de "simulacros" de los cuerpos que actúan sobre nuestros sentidos, sólo que su naturaleza más sutil les permite penetrar hasta el espíritu mismo, de tal modo que aunque el objeto no esté presente puede formarse su imagen. Sin embargo, Lapoujade añade algo más científico cuando dice que entendemos por percepción la aprehensión sensorial de un objeto presente.

La imagen pretende "traducir" configurativamente un objeto presente, La imagen deviene un signo del desbordamiento del objeto percibido. Esto último parece muy congruente con la idea que dio al principio, pero termina su ensayo en forma misteriosa al decir que la imagen cubista del objeto en el lienzo

“reproduce” la totalidad del objeto del que la percepción sólo da noticias parciales. (Lapoujade, 1988). Esto que explica puede resultar ser cierto siempre y cuando conceptualice al “espíritu” igual que “mente” ya que no hay manera de comprobar que el hombre posee espíritu y es más factible demostrar que tiene mente, esto de acuerdo a autoregistros, autoobservación y el propio pensamiento expresado en palabras simples.

Pero hablar de “emanaciones de simulacros” trae consigo un problema epistemológico ya que no es viable conocer dichas emanaciones ni se trata, en la realidad, de una imagen borrosa la que vemos sino de algo sensorial, como lo recalca al final de su ensayo de filosofía de la imaginación.

Algo que menciona de importante, y de lo cual podemos estar seguros, es de los cuerpos que actúan sobre nuestros sentidos, porque damos cuenta de ello y ocurre en forma encubierta, pero no por eso va ser llamado un movimiento de tipo espiritual, dado que lo espiritual, según la concepción de los literatos y humanistas, es algo impersonal y no observable, pues se trata sólo de un concepto la mayor parte de las veces religioso. El caso es que podemos evocar algo que percibimos antes, con un grado de precisión de 0 a 100% de acuerdo al entrenamiento que hayamos tenido para ello, ya sea por medio de apuntes, libros o por la utilización misma de la imaginación que es una percepción voluntaria, sea ésta sutil o no.

Y también algo que puede no ser muy claro es eso de que el objeto no esté presente, pues podemos imaginar alguna acción u objeto aún cuando el objeto esté presente y es de esa forma por ejemplo como se

han filmado las películas de horror al explotar comercialmente este punto.

En el diccionario práctico de medicina de Thomas Garber (1953) Stedman's, dice que la palabra imagen proviene del latín imago que quiere decir semejanza, apariencia. La definición de imagen según este autor puede observarse en dos acepciones: La representación o reproducción de un objeto hecha por rayos de luz emanantes del mismo reflejados en él y la representación de un objeto no presente producida en la mente por la memoria o la imaginación.

La imagen posterior es la imagen de un objeto del cual la sensación subjetiva persiste después que el objeto ha desaparecido o con los ojos cerrados; espectro. Lo que si es un hecho es que la facultad de memoria que tenemos almacena una determinada imagen o secuencia de imágenes y puede presentarlas o proyectarlas en nuestro cerebro como si acabáramos de tener esa percepción y esta imagen puede permanecer "fresca" solamente un tiempo, ya que después le vamos añadiendo o quitando elementos de la imagen original al paso del tiempo, o que definitivamente se haga borrosa al grado de desaparecer.

Sin embargo, las imágenes que guardamos en la memoria como algo permanente son aquellas que provocaron una descarga emocional muy fuerte y que afectaron e influyeron en nuestra conducta actual, ya que, como se ha observado, están íntimamente relacionados con un objeto, persona u objeto afectivo muy importante para nosotros.

Thomas Garber (1953) define imaginación como el poder o facultad de la mente para crear imágenes. Esto

último tiene que ver con el concepto de mente creativa que veremos más adelante, no obstante, la imaginación es un hecho en nosotros, y es tan poderosa que puede proyectarse no dentro e interiormente de nuestro cerebro, sino que puede proyectarse fuera de nuestro cuerpo, como es el caso de la distorsión de la visión en una carretera continua causada por el cansancio y fatiga en la atención, como la frecuente luz intermitente o sin corte alguno.

La forma en que la realidad se ve influida por los elementos ambientales de la situación no es nada nuevo, pero en el fenómeno de la alucinación, pocas veces se toman en cuenta y sólo se considera la parte misteriosa del momento. Hay que aclarar que también las palabras o símbolos que estén presentes juegan un papel importante en la producción de este fenómeno, porque la imaginación las utiliza con el fin de crear su propio ambiente con su propia y exclusiva narrativa. Johnson (1990) dice que para describir una realidad objetiva, necesitamos el lenguaje que expresa conceptos que pueden proyectarse sobre los objetos, propiedades y relaciones en un modo de contexto independiente unívoco y literal.

Las palabras, dice Johnson, son símbolos arbitrarios, los cuales, aunque carecen de significado ellas mismas, consiguen su significado en virtud de su capacidad para corresponder directamente a cosas en el mundo. Aquí se ve claro que las palabras toman su significado de acuerdo a la asociación lingüística con determinados objetos o sucesos y estos al ser cosas en el mundo se interiorizan y se forman en imágenes al percibirse por nuestros sentidos, pero puede haber, un efecto de reversa, en donde aquello interiorizado llega

a proyectarse en un momento dado, cuando la situación lo exige y hay que señalar es que no es que las veamos afuera de nosotros, sino que estamos visualizando determinado objeto conceptual.

Dice Johnson (1990) que la estructura de la racionalidad se considera como estructuras trascendentes de experiencia corporal, y el significado es visto como objetivo, porque consiste sólo de la relación entre símbolos abstractos y cosas (con sus propiedades y relaciones) en el mundo.

A través de la metáfora, hacemos uso de patrones que se obtienen de nuestra experiencia física para organizar nuestro mayor entendimiento abstracto. Y Johnson dice algo muy cierto de que nuestros movimientos corporales e interacciones en varios dominios físicos de experiencia se estructuran y esa estructura puede ser proyectada por metáfora sobre dominios abstractos. Y esa metáfora es la que suelen utilizar los esquizofrénicos en su lenguaje normal y en la forma en que proyectan su estructura cuando el terapeuta les pide un ejemplo de su visualización práctica y su conversación cotidianos.

La experiencia debe entenderse en un abundante sentido amplio como que incluye percepciones básicas, motoras, emocionales, históricas sociales y lingüísticas. La experiencia involucra todo lo que nos hace humanos, nuestra corporeidad y ser social, lingüístico e intelectual combinado con complejas interacciones que hace el entendimiento de nuestro mundo (Johnson, 1990).

## 2.2 Conocimiento o aprendizaje conceptual.

Quizá para el que lee este estudio piense que aquí pretendo abordar el polémico tema del conocimiento desde el punto de vista filosófico, pero no es así, dado que el psicólogo está preparado para entender tales disertaciones, pero no para proponerlas o siquiera tratar de utilizarlas.

Sin embargo, dentro de la psicología conductual la perspectiva sobre el asunto no es tan pequeña, pues el psicólogo con su conocimiento científico y en algunas ocasiones tecnológico, puede abordar dichos temas sin temor alguno, pues no se va a basar en hipótesis lingüísticas sino en observaciones, la mayor de las veces in vitro, pues como dijera en su momento Campbell (1987) de que ya sea que consideremos el caer, crecer o morir como actividades o no, es la gama de sus actividades lo que distingue a los seres que tienen mente de los que no la tienen.

Para los conductistas, el problema mente-cuerpo no representa la relación entre dos cosas separadas. Más bien, es una cuestión de la manera en que se relacionan las características corporales y mentales de una persona. Pero es claro que no se habla de mente como causa de una conducta sino como interventora y expresada en determinada acción, pues el psicólogo conductista considera a la conducta como tal como digna de observarse, analizarse y en su momento de determinar los elementos que tienen relación con ella.

Para conocer necesitamos el cuerpo y la mente, pero no estos en forma separada sino activados simultáneamente, al punto de que Campbell (1987) señala de que la relación de la mente con el cuerpo tiene que ver con nuestras reflexiones sobre asuntos

tanto metafísicos como éticos. Si afirmamos, dice Campbell, que nuestras mentes son espíritus independientes de la carne o chispazos de un espíritu divino, o que las almas reencarnan en el ciclo de la vida, esto deberá de afectar profundamente nuestra idea del universo y del lugar que en él ocupa el hombre.

El hecho de que consideremos a nuestra mente como un espíritu libre e inmortal que se encuentra temporalmente unido a la carne o que creamos por el contrario que tiene un carácter corporal, mortal y se sujeta a las leyes de la naturaleza, establecerá una gran diferencia en nuestras ideas sobre el deber del hombre, los fines y propósitos de la vida y el tipo de persona que debemos esforzarnos por ser (Campbell, 1987).

Y esto quiere decir en pocas palabras, que aquellas ideas de que nos vamos apropiando al paso del tiempo de nuestra existencia (la mayor de las veces efímera) va construyendo nuestra realidad propia, la que vivimos, y llega a distorsionar la que percibimos, pues proyectamos delante de nosotros dicha influencia en nuestra conducta. El aprendizaje conceptual que deviene de nuestros padres se convierte en un esquematizador espacio-temporal de nuestras respuestas ante los estímulos presentes; todo ese bagaje de conceptos e ideas nos van moldeando, nos van "caracterizando" y si los conceptos provienen de un razonamiento irracional, no sólo distorsionamos lo que percibimos, sino toda nuestra conducta social normal.

Es por eso que Fernández-Ballesteros (1994) señala que el análisis funcional ha de llevar consigo el

establecimiento, mediante observación rigurosa de las relaciones entre el comportamiento-problema(objeto de estudio) y las condiciones ambientales antecedentes o consecuentes. Ese análisis funcional, a diferencia del análisis conductista radical, ha de considerar las ideas del paciente acerca de su problema, y la forma distorsionada en que las emplea en la solución de un conflicto presente.

Debe ampliar la consideración de las condiciones estimulares a ciertos eventos internos que preceden o siguen a la conducta objeto de estudio. La evaluación conductual tiene en cuenta no sólo las conductas motoras observables, sino también el comportamiento cognitivo-verbal y fisiológico y ello por cuanto los problemas comportamentales humanos no pueden ser reducidos a la conducta manifiesta, sino que han de tenerse en cuenta eventos internos (según su manifestación externa) y psicofisiológicos a la hora de establecer objetivos conductuales (Fernandez-Ballesteros, 1994).

Chalmers (1999) nos dice que todavía nos resulta algo totalmente misterioso que la causalidad de la conducta esté acompañada de una vida interior subjetiva, pero que lo que es central para la conciencia es la experiencia. Las experiencias conscientes van desde las vívidas sensaciones de colores hasta las experiencias de los más tenues aromas en el ambiente; desde agudos dolores a la huidiza experiencia de pensamientos en la punta de la lengua; desde sonidos y olores mundanos hasta la experiencia musical; desde la trivialidad de una fastidiosa comezón al peso de una profunda angustia existencial; desde la especificidad del sabor de la

menta a la generalidad de la propia experiencia de uno mismo.

Se puede decir que un estado mental es consciente si está ligado a una sensación cualitativa, una cualidad asociada de experiencia. Y Chalmers hace notar, algo más claro aún, de que existe una rica fenomenología asociada con las imágenes visuales evocadas por la imaginación, aunque éstas no son tan detalladas como las que surgen de la percepción visual directa.

Con frecuencia es difícil determinar en forma precisa cuál es la sensación cualitativa de un pensamiento, pero seguramente allí está. En el concepto fenoménico, la mente se caracteriza por el modo como se le experimenta; en el concepto psicológico, la mente se caracteriza por lo que hace. La experiencia consciente no ocurre en el vacío. Está siempre vinculada al procesamiento cognitivo, y es probable que, en algún sentido, surja de ese procesamiento.

Y hay algo, que Chalmers asegura, que es aquí muy útil, de que quizá sea lógicamente posible que podamos tener experiencias sin causas, pero parece ser un hecho empírico que ocurren juntas. La percatación puede analizarse en un sentido amplio como un estado en el cual tenemos acceso a alguna información y podemos usar esa información en el control de la conducta. La percatación de la información por lo general conlleva la capacidad de dirigir la conducta según esa información a sabiendas.

Por último, Chalmers (1999) dice en forma categórica que el hecho de que cualquier experiencia consciente esté acompañada por la percatación se hace evidente por el hecho de que una experiencia

consciente es comunicable, de que si está teniendo una experiencia, puede hablar de que la está teniendo. Donaldson (1996) dice que podemos dar una explicación de lo que conocemos y a veces de cómo lo conocemos o de cómo justificaríamos la afirmación de que es "conocimiento".

Cuando una persona alucina, en verdad puede decir qué es lo que está alucinando y porqué sabe que es tal o cual cosa por el sólo hecho de que le conoce; ha tenido contacto con él conceptualmente y en algunas ocasiones gráficamente y en otras ocasiones auditivamente, pues en la historia propia del sujeto reporta conocer tal cosa. No puede decir que está alucinando sino un concepto al parecer conocido, relacionado probablemente con otro concepto y a la vez entremezclado con otra idea, cuando la alucinación en sí es un objeto determinado.

De hecho, los que alucinan palabras o situaciones están alucinando palabras y situaciones pero éstas se dan en un contexto que puede ser fabricado por el sujeto pero que está presente en el momento de la alucinación, la alucinación per se, esto quiere decir que lo que de momento parece incoherente, para el que alucina tiene un significado de acuerdo a su experiencia. Ejemplo de ello son los dibujos que solemos hacer en momentos en que estamos aburridos, nos sentimos solos o estamos pasando por algún conflicto.

Donaldson (1996) dice que también tenemos conocimiento que está "implícito" en la obscuridad, en grados diversos: no se habla de él, a veces no se puede hablar de él.

consciente es comunicable, de que si está teniendo una experiencia, puede hablar de que la está teniendo. Donaldson (1996) dice que podemos dar una explicación de lo que conocemos y a veces de cómo lo conocemos o de cómo justificaríamos la afirmación de que es "conocimiento".

Cuando una persona alucina, en verdad puede decir qué es lo que está alucinando y porqué sabe que es tal o cual cosa por el sólo hecho de que le conoce; ha tenido contacto con él conceptualmente y en algunas ocasiones gráficamente y en otras ocasiones auditivamente, pues en la historia propia del sujeto reporta conocer tal cosa. No puede decir que está alucinando sino un concepto al parecer conocido, relacionado probablemente con otro concepto y a la vez entremezclado con otra idea, cuando la alucinación en sí es un objeto determinado.

De hecho, los que alucinan palabras o situaciones están alucinando palabras y situaciones pero éstas se dan en un contexto que puede ser fabricado por el sujeto pero que está presente en el momento de la alucinación, la alucinación per se, esto quiere decir que lo que de momento parece incoherente, para el que alucina tiene un significado de acuerdo a su experiencia. Ejemplo de ello son los dibujos que solemos hacer en momentos en que estamos aburridos, nos sentimos solos o estamos pasando por algún conflicto.

Donaldson (1996) dice que también tenemos conocimiento que está "implicito" en la obscuridad, en grados diversos: no se habla de él, a veces no se puede hablar de él.

Nos gusta "tener el control". Normalmente, intentamos manipular lo que encontramos. Tratamos de cambiar el mundo para que convenga a nuestros propósitos. Estos propósitos, dice, a menudo son poderosos y apasionados y la realidad en numerosas ocasiones le ofrece resistencia.

Y dice algo que mejora nuestra visión de lo anteriormente expuesto, de que en gran parte del funcionamiento humano, el conocimiento y el pensamiento se mezclan con la emoción. Aquí se ve claro que nuestros eventos internos y psicofisiológicos intervienen en el proceso de conocimiento y que llegan a aplicarse a la situación (Fernandez-Ballesteros, 1994). Y sigue aclarando el punto Donaldson cuando dice que en conjunto esto hace predecir que intentaremos ejercer el control sobre aspectos de nuestro propio conocimiento, que intentaremos protegernos a nosotros mismos de las experiencias desagradables manipulando nuestra propia consciencia (Donaldson, 1996).

Aquí se nota de muy fácil manera que utilizamos el conocimiento para manipular el ambiente tanto para ejercer el control como para protegernos a nosotros mismos posiblemente de nuestras propias respuestas al medio estimulante, pero esta conducta no se da en un contexto "transparente" sino que lo matizamos de acuerdo a otros conceptos que ahí utilizamos en ese momento.

Sobre esto, Fernandez-Ballesteros (1994) señala que también puede afirmarse que los autoinformes y el autoregistro sobre eventos internos son un tipo especial de conducta y ello siempre y cuando de ellos no se infieran atributos intrapsíquicos o estructuras

internas molares inferidas por el evaluador. Por su parte, Caballo (1995) dice que la propia conducta verbal dada o dándose constituye ya un elemento del ambiente con el que puede interactuar el sujeto.

De este modo, parte de la conducta de un sujeto se convierte en variable que controla otra parte. Ante todo, es en la comunidad donde están dispuestas las contingencias que hacen relevante el reparar en la propia conducta (¿qué dijiste?, ¿es cierto...?, ¿has dicho...?, etc.), lo que modula la respuesta y el control del hablante de su propio discurso (Caballo, 1995). Esto quiere decir, que el sujeto regula verbalmente lo que dice, lo que siente y por ende lo que percibe. Simultáneamente a la alucinación, está ocurriendo un lenguaje; la alucinación por sí misma se está comportando ante el sujeto y este responde—según testimonios observacionales—verbalmente a dicha alucinación.

Y por si fuera poco, el alucinante da una referencia verbal de lo que alucina, esto es, le proporciona un contexto sintáctico y físico a la alucinación, que puede sonar incoherente, pero es la mezcla emocional y lingüística de la información que posee al respecto (este aspecto de lenguaje se verá en otro punto, pero que valga esta aclaración para poderse situar correctamente en este asunto).

Donaldson (1996) nos trae mayor luz cuando dice que se debe considerar que lo que sabemos incluye lo que recordamos que ha sucedido, pues los recuerdos cuando surgen, a menudo están cargados de emoción. Son fuentes poderosas de alegría o dolor. Construimos nuestra concepción de las cosas incluidos nosotros mismos. Nuestra experiencia del mundo es la

experiencia de una interpretación. Estamos sujetos a ciertas ilusiones perceptivas. Por ejemplo, dos líneas en una figura pueden parecer de longitud diferente. Sin embargo, podemos medirlas (Donaldson, 1996).

En la experiencia compartida, en dos personas que van juntas a un concierto, aunque estén juntas no tienen la misma experiencia. Lo que ellas hagan con la música dependerá de su conocimiento musical, su sensibilidad, etc. La música significará algo diferente para cada una de ellas.

Y da otro ejemplo a mi parecer maravilloso: cuando recibimos un golpe en la cabeza, la realidad se cruza contundentemente y depende poco de la interpretación. Pero después intentamos interpretar el acontecimiento de forma que se ajuste de un modo u otro a lo que se considera pauta de nuestra vida. Podemos decir: "es propio de mi, siempre tengo mala suerte", "Dios ha empleado esta manera de meterme a golpes un poco de sentido en mi cabeza haciéndome ir en una dirección nueva". Estas interpretaciones afectarán al recuerdo de lo que sucedió (Donaldson, 1996). Ciertos elementos son esenciales: recibimos un golpe en la cabeza.

Si un recuerdo o fantasía se remonta lo bastante lejos en la infancia, puede no ser siempre sencillo establecer lo que sucedió en realidad. En ciertas circunstancias, los niños pequeños parecen no estar seguros de la distinción entre lo que ellos han imaginado y lo que es real. Así, pueden temer a fantasmas y monstruos imaginarios. Si un bebé obtiene satisfacción en aprender a predecir acontecimientos en el mundo y a controlarlos, presumiblemente tiene alguna concepción de un

mundo "ahí afuera" que va a controlar. Un sentido de las posibilidades, sean compatibles o incompatibles entre sí, implica cierta capacidad para contemplar lo que todavía no es, lo que sólo puede ser; lo que todavía no es no presenta ningún estímulo a los sentidos, sólo puede ser contemplado por una mente capaz de llamarlo.

Lo que se convoca debe estar basado, hasta cierto punto al menos, en la memoria. Existe por una parte la capacidad para reconocer y por otra la capacidad de recordar. La diferencia es que en el caso del reconocimiento está presente un estímulo para "disparar" la actividad de la memoria. Por el contrario, el recuerdo se produce cuando lo que se rememora no está presente a nuestros sentidos, cuando "llamamos" un recuerdo de alguien que no está aquí. En el caso extremo del verdadero recuerdo, existe una memorización no evocada directamente por ningún estímulo presente sino que se ha llegado a ella quizá siguiendo el "hilo de los pensamientos".

En el caso extremo del reconocimiento, la cosa recordada está presente en su totalidad. La reflexión sobre la propia vida puede ser feliz y también triste, pero es un hecho desafortunado que muchos de nosotros tendemos a centrarnos más en las penas que en las satisfacciones, más en los temores que en las esperanzas alegres (Donaldson, 1996). Innumerables vidas se vuelven desdichadas de esta manera.

El modo lineal consiste en tener pensamientos, emociones, planes y propósitos sobre la propia vida de uno. El modo lineal mira hacia delante y hacia atrás e incluso cuando mira hacia atrás, implica mucho más que el recuerdo consciente. Este es el modo de "si

sólo...” y de “que pasaría si...”, el modo del resentimiento, la culpa y el miedo. Muchos de los problemas más graves de la humanidad, individuales y colectivos, provienen del dominio y del poder del modo lineal, y del hecho que aparece tan pronto, cuando la mente está muy inmadura (Donaldson, 1996).

Así, se podría aducir, que muchas de las ocasiones no se trata de la proyección de una alucinación sino de la proyección de un recuerdo, que toma vida y adquiere “argumento”, esto es, coherencia en su presentación, por el simple hecho de que conceptualmente lo hacemos presente.

### 2.3. La mente creativa en acción

López Osorio (1989) señala que las personas creativas se forman por la influencia del medio ambiente ya que la creatividad no es algo heredable, sino aprendido. La percepción, dice, no sólo nos brinda información, sino que nos posibilita para ejercer una acción. Las personas pueden tener ideas que, en la medida de lo que se conoce, nadie ha tenido anteriormente (Boden, 1994).

La educación en las escuelas públicas ha estado tradicionalmente orientada a impartir conocimientos, pero no se ha enseñado al alumno a percibir de otra manera su realidad y no se les ha educado para pensar en forma crítica. Es necesario que en el ámbito educativo se dé un cambio para que a los alumnos se les enseñe a usar y desarrollar sus habilidades

perceptuales visuales y a la vez sus habilidades creativas (Díaz Alarcón, 1994).

De cualquier forma, la creatividad es ver o hacer más allá de lo normal; es tener una idea clara de lo que es necesario para la realización de un evento o es hacer ese evento con un propósito. Y eso es lo que ocurre con el que alucina: tiene una idea clara de un concepto pero lo utiliza para un propósito, en este caso, de descargar sus emociones en algo que no está presente, pero que hace presente para servirse de él. Yates (1982) nos habla de dicho conflicto cuando declara que es posible probar que cualquier situación que involucre el logro de una meta constituye una situación frustrante hasta que el organismo logra la meta.

El término situación frustrante está restringido a aquellas situaciones en la cual se le impide a un organismo por una obstrucción física, de lograr una meta física por la ejecución de respuestas las cuales previamente conducen al logro de esa meta (Yates, 1982). La creatividad tiene que ver con esa situación frustrante.

Cuando actuamos para solucionar un problema físico, usamos de todo nuestro conocimiento para analizarlo con la profundidad debida y utilizamos las herramientas básicas y toda nuestra corporeidad para lograr la meta de resolverlo. Y cuando lo logramos nos alegramos por el acierto. Sin embargo, cuando esa meta no está tan disponible para nosotros y a pesar de nuestros conocimientos se sigue presentando el conflicto de no solución del problema, echamos mano de esa parte de nosotros que llamamos "mente creativa".

La mente creativa es la que va a decirnos cómo. Es la que, basada en lo que hemos almacenado en nuestra memoria, va a darnos la solución. No necesitamos la sugerencia clara de un libro o de un gran especialista, sino que todo lo que hemos aprendido lo ponemos "en la mesa" y lo utilizamos estratégicamente.

Boden (1994) dice que si la fuente de la creatividad fuera sobrehumana o divina o si surgiera inexplicablemente de algún genio humano especial, los ordenadores deberían ser completamente inadecuados. Los ordenadores no pueden crear porque sólo pueden hacer aquello para lo que están programados, pero en el humano no es así, ya que posee aquello que muchos llaman inteligencia y que los conductistas llamamos operatividad. Esto tiene mucho que ver con lo que se conoce como conducta operante, pero la teoría cognitiva aduce aún algo más al mencionar al pensamiento como intermediario general de la conducta, pues la conducta no se da en un contexto únicamente estimulante sino también en un ambiente de conductas encubiertas que, por cierto, suelen ser creativas, pues van más allá de lo comúnmente externo.

Todos compartimos algún grado de poder creativo que se basa en nuestras habilidades humanas ordinarias. La creatividad también requiere del desarrollo habilidoso y típicamente inconsciente, de un gran número de destrezas psicológicas cotidianas tales como observar, recordar y reconocer. Cada una de estas capacidades involucra procesos interpretativos sutiles y estructuras mentales complejas.

Las ideas surgen frecuentemente en un momento en el que la persona parece estar pensando en alguna otra cosa o no pensando en lo absoluto (Boden, 1994). El terapeuta tiene que tener esa capacidad de descifrar lo que el alucinado le está relatando comprendiendo a la vez que el alucinado ha utilizado la creatividad para hacer surgir "al monstruo", a la "virgen", o a esas voces "amenazantes".

Sin embargo, Caballo (1995) menciona que hay peligro en el uso de la creatividad a la ligera pues puede ello conducir a error, lo que nos da una idea clara de que el alucinado usa su mente creativa pero no sigue reglas adecuadas de exposición.

Estos errores pueden ser la inferencia arbitraria, que se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. La abstracción selectiva es la que se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.

Esto quiere decir que la creatividad no es tan sana como aparenta, sino que puede ser en determinado momento "patológica" pues distorsiona el concepto normal y la reacción ante dicho concepto.

Generalización excesiva, que se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas. Magnificación y minimización, que se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.

Personalización, que se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión. Pensamiento absolutista dicotómico que se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, como por ejemplo bueno-malo. Para describirse a sí mismo, el paciente emplea las categorías del extremo negativo (Caballo, 1995).

Todos estos errores en que puede caer el alucinado no han sido hasta la fecha tomados muy en cuenta ya que la visión que se tenía de la alucinación era de algo misterioso y sin explicación cuando en realidad mucho tiene que ver el seguir determinadas reglas cognitivas propias paciente-situación.

De aquí la importancia del concepto que tengamos de percepción pues para Ibáñez Bernal (1988) se aplica para referirse al hecho de que el organismo responda en presencia de un objeto de estimulación, es decir, se aplica sólo cuando ocurre o acontece una interacción directa entre el organismo y un objeto estímulo, pero no señala (y es algo muy importante) que también respondemos ante un evento, como en el caso del condicionamiento de escape, donde la respuesta pospone la presentación frecuente del estímulo punitivo, pero no la suprime y es más, llega a "acostumbrarse", esto es, la resiste mientras le siga el reforzador.

Esto último es una ley psicológica básica que el terapeuta cognitivo debe tener presente siempre. Es decir, que observe qué respuesta se da y de qué manera topográfica. Ibáñez Bernal (1988) señala que sensación y percepción no son comparables (aunque si

distinguibles) por pertenecer a diferentes niveles de análisis de la realidad, el primero al biológico (fisiológico) y el segundo al psicológico.

Sin embargo, quizá no intencionalmente de su parte, dice que el punto central de la percepción está en el acontecimiento objetivo mismo, es decir, en tratar de establecer distintas formas o modos como puede corresponder el comportamiento a un objeto de estímulo presente y averiguar los factores de los que depende la ocurrencia de esos modos de correspondencia (aquí perfectamente se entiende que habla de un conflicto que está en conexión directa con los modos de correspondencia).

Si el alucinado dice que ha respondido a una "aparición", él ha percibido esa aparición, de eso no cabe duda, pero si el dice en el presente que está percibiendo una aparición, en ese momento la persona que está junto a él debe hacerle preguntas clave, para deshacer esa creatividad negativa (de la cual hablamos anteriormente) y que responda normalmente al objeto presente; pared, estancia, campo, etc.

Esto con el fin de que su capacidad creativa no salga fuera de los estándares normales de percepción, ya que está distorsionando los conceptos que han sido más importantes para él. Ibañez Bernal (1988) especifica la palabra control cuando dice que habla de "correspondencia" para hacer incapié en el control directo que puede ejercer un objeto de estímulo sobre el comportamiento del individuo, suponiendo por necesidad que existen diversas formas como pueden corresponder las respuestas con los estímulos (Ibañez Bernal, 1988).

Todo organismo cuando nace está capacitado para reaccionar al contacto directo que efectúan sobre él distintos tipos de energía del ambiente. Probablemente esta energía sea un punto interesante para futuras investigaciones sobre el tema, ya que se contextualiza la energía en el misticismo y, en algunas ocasiones, la religión.

Pero para López Osorio (1989), es importante observar este asunto en los niños en donde la fantasía juega un papel esencial. La fantasía es una característica de los niños de edad preescolar, es el espacio libre de la mente, es la representación imaginaria de motivos, acciones, conflictos o planes. La fantasía es una de las maneras como el niño asimila la realidad en sus esquemas mentales. La fantasía permite al niño trabajar en la integración de sus características personales, al poder participar en gran variedad de papeles simbólicos y de aventuras imaginarias (López Osorio, 1989).

La fantasía también tiene que considerarse para futuras investigaciones sobre este tema ya que frecuentemente se le confunde con algo superfluo; sin embargo, influye en nuestra vida cotidiana pues es como un escenario donde nuestros conceptos ideológicos cobran vida y es tan grande esa influencia que proyectamos esa fantasía hasta las terminaciones sensoriales y creemos que eso que sentimos y percibimos es real cuando sólo es una sobre estimulación externa e interna simultáneamente.

Es como el caso del niño salvaje que fue encontrado en una selva perdido que se comportaba como animal y que se le quizo socializar, sin embargo, el seguía viviendo en su fantasía y nunca pudo salir de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ella, a pesar de los esfuerzos externos por ayudarle. El niño que es creativo, prácticamente llega a imitar situaciones que ha vivido, mostrándose seguro en lo que hace y dice, esto es, que esta creatividad puede ser una muestra selectiva de estímulos ambientales y experiencias internas. También la creatividad ayuda al niño en su capacidad de atención, en su adaptación social, esto es que de alguna forma son simuladas pero que nos expresan tanto emociones como necesidades o bien problemas o roles sociales (López Osorio, 1989).

La creatividad no sólo pertenece al niño sino que es desarrollada a través del paso del tiempo y del contacto con otras experiencias y es en el adulto donde la creatividad tienen su mayor expresión, de tal forma que llega a ser alterada su percepción normal y crea, como el niño, "mundos imaginarios", como en el caso del artista plástico o el músico.

Mahoney y Freeman (1988) nos dicen que el contenido del conocimiento, si no su proceso, está sujeto por contrastes focalizadores tales como el agente y la acción, la figura y el fondo, lo conocido y lo desconocido. Si no reconocemos los patrones con los que los individuos ordenan sus realidades, con toda probabilidad no vamos a poder entender sus necesidades de ayuda.

Cada detalle particular se reviste de significado dependiendo del contexto dentro del cual se contemple. Una línea vertical se puede leer como uno o como una etc. dependiendo de si está rodeada de letras o de números. De la misma forma, una experiencia puede suponer diferentes significados desde el punto de vista de distintos contextos (Mahoney y Freeman, 1988). Y es que el individuo, al

comportarse con los demás, utiliza sus experiencias y éstas van a ser moduladas o modificadas de acuerdo a la reacción que obtuvo de los demás o de su medio ambiente.

Los contextos con los que un individuo ordena su experiencia pueden ser muy bien una de las metas más desafiantes y prometedoras de la psicoterapia efectiva. Para Merleau-Ponty (1993) el "algo" perceptivo está siempre en el contexto de algo más; siempre forma parte de un "campo". Una región verdaderamente homogénea, sin ofrecer nada que percibir, no puede ser dato de ninguna percepción. Un dato perceptivo aislado es inconcebible, por poco que se haga la experiencia mental de percibirlo.

Con todo, dice, se dan en el mundo objetos aislados o el vacío físico. Creemos muy bien qué es ver, oír, sentir, porque desde hace mucho tiempo la percepción nos da objetos coloreados o sonoros, y al querer analizarla transportamos estos objetos a la conciencia. Aunque aquí sería muy dudoso el término conciencia, porque no sabemos de su existencia, pero si podemos decir que aprendemos a distinguir tales estímulos cada vez que se presenta la misma situación o bien, se toma a la conciencia como parte integral de nuestra mente de la que si podemos expresar su función en la práctica cotidiana de la terapia.

Merleau-Ponty (1993) dice que suponemos en nuestra consciencia de las cosas lo que sabemos está en las cosas. Si es posible trazar un perímetro visual a base de aproximar paulatinamente al centro los estímulos laterales, los resultados de la medición varían de un momento a otro sin llegar nunca a determinar el momento en el que un estímulo

primeramente visto, deja de serlo. La región que rodea el campo visual no es fácil de describir, pero no es, con toda seguridad, ni negra ni gris y de llegar hasta el límite, lo que está detrás de la espalda no carece de presencia visual. Lo visible es aquéllo que se capta con los ojos, lo sensible aquéllo que se capta por medio de los sentidos.

Y señala Merleau- Ponty (1993) que, dado el mundo objetivo, se suele admitir que éste confía a los órganos de los sentidos unos mensajes que deben ser vehiculados y descifrados, de forma que se reproduzcan en nosotros el texto original.

Cuando el rojo y el verde, presentados conjuntamente, dan un resultado gris, se admite que la combinación central de los estímulos puede dar lugar inmediatamente a una sensación diferente de lo que exigirían los estímulos objetivos (Merleau-Ponty, 1993). Muchas de las ocasiones en que el que alucina dice que está viendo determinado color con intensidad es sólo parte de la excesiva combinación de colores que está ejerciendo en el momento debido a su excitabilidad emocional y perceptiva, ya que aparece en ese momento parte de su creatividad y recuerdo antecedente, no porque en verdad esté percibiendo determinado color en forma aislada.

Son engaños propios perceptivos o errores de la sensación. Merleau asegura lo anterior al decir que cuando se dice que se tiene delante de uno una mancha roja, el sentido del vocablo "mancha" lo proporcionan una serie de experiencias anteriores a lo largo de las cuales aprendemos a utilizar el vocablo en cuestión.

Si los tres puntos A, B, C se encuentran en un círculo, el trayecto AB se "parece" al trayecto BC,

pero este parecido unicamente quiere decir que, de hecho, el uno hace pensar en el otro, lo recuerda. El trayecto A,B,C se parece a otros trayectos circulares recorridos por mis ojos, pero esto sólo quiere decir que despierta el recuerdo de aquéllos y hace que se manifieste su imagen. La significación de lo percibido no es más que una constelación de imágenes que empiezan a reaparecer sin razón alguna.

Las imágenes o sensaciones más simples son, en último análisis, todo cuanto cabe comprender en las palabras, los conceptos son una manera complicada de designarlas y por ser las imágenes unas impresiones indecibles, comprender es una impostura o una ilusión; el conocimiento nunca apresa sus objetos, que se implican mutuamente y la mente funciona como una máquina de calcular que ignora porque sus resultados son verdaderos (Merleau-Ponty, 1993).

Los psiquiatras Noyes y Kolb (1983) tratan de explicar la acción de la mente creativa utilizando términos propios de conducta animal y de la participación del sistema nervioso, pero señalan con sus palabras el punto de vista biologicista que le da al punto mayor conocimiento. Ellos dicen que en la secuencia de tipos de conducta que se consideran instintivos, las acciones iniciales son "apetitivas" o "exploratorias" y ocurren cuando se desarrollan tensiones internas.

Una vez que el animal ha llevado a cabo la preparación que implican los actos apetitivos y exploratorios, aparecen las acciones "consumatorias". Durante la etapa apetitiva de una secuencia de la conducta, que puede ser muy corta o de duración prolongada (incluso de varios días), el animal se

muestra inquieto y agitado. A primera vista, sus acciones a veces parecen no tener objeto. Se diría que el animal posee reservas de energía y fuerza que exhibe en acciones agresivas, como cuando lucha para obtener alimento o ganar una compañera (Noyes y Kolb, 1983).

El estado de alerta respecto a los estímulos ambientales se agudiza y la atención perceptual aumenta respecto a las indicaciones que conducen hacia el objetivo organísmico prepotente, mientras que disminuye la sensibilidad a otros estímulos ajenos a esa necesidad apremiante. Los órganos que se relacionan con la necesidad que exige satisfacción eventual entran en un estado que los prepara para funcionar.

Una vez que el animal se da cuenta del objetivo externo, ya sea comida, agua o una compañera sexual, ocurre el acto consumatorio, que habitualmente es un patrón estereotipado de conducta. La consumación satisfactoria va seguida de un estado de saciedad, que se acompaña de conducta que implica descanso, disminución del estado de alerta y del interés en el ambiente y un estado subjetivo de satisfacción. Y aquí aparece más clara su teoría, al parecer muy congruente con el tema: conforme el animal crece y graba experiencia en su sistema nervioso, aumenta su susceptibilidad para responder cuando entra en contacto con los mecanismos iniciadores.

Es más, a través de procesos de aprendizaje, las percepciones externas que inician una conducta determinada pueden asumir una mayor variedad de configuraciones o volverse más diferenciadas. Si la consumación no ocurre durante periodos prolongados,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

las acciones que se dirigen hacia determinados objetivos pueden descargarse espontáneamente, aun sin la presencia del estímulo iniciador externo (Noyes y Kolb, 1983).

El contacto con distintos estímulos simultáneos conlleva a un aprendizaje creativo, pues la calidad de estímulos reforzantes presentes en el ambiente hace que persista la conducta antecedente y el cúmulo de conocimientos aparentemente vagos y poco concisos se ven diferenciados por el propio control de estímulos, esto es, del estímulo discriminativo que funciona como señal de la ocasión de aprendizaje situacional. El hombre así, es capaz no tan sólo de percibir el estímulo presente sino los estímulos que se van añadiendo a la situación, tales como recuerdos, imaginación y el lenguaje asociado.

La creatividad debe explorarla el terapeuta desde el momento en que empieza a entrevistar y realizar el análisis funcional, pues aquello que de primera mano parece subjetivo, en realidad es la interacción cognitiva con el estímulo presente, es decir, que la creatividad es natural, pero pocos maestros y encargados de la educación infantil saben conducir debidamente al niño a "mundos especiales", como en el caso de Montessori, donde la creatividad es el principal ingrediente y exigencia evaluativa.

## CAPITULO 3

### La Esquizofrénia

#### 3.1 El DSM-III-R

En el DSM-III-R cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador o deterioro en una o más áreas principales de actividad o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte.

Cualquiera que sea la etiología, el trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica. La conducta socialmente desviada, sea política, religiosa o sexual, o los conflictos del sujeto con la sociedad, no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado (APA, 1988).

Un error bastante común es creer que la clasificación de los trastornos mentales sirve para clasificar a los individuos, cuando en realidad lo que clasifica son los trastornos que aquéllos padecen.

El DSM-III-R evita el uso de términos tales como "un esquizofrénico" o "un alcohólico" y, en su lugar, utiliza frases como "individuo con esquizofrénia" o "individuo con dependencia alcohólica". En la mayoría de los trastornos incluidos en el DSM-III-R,

la etiología es desconocida. Se han formulado una gran variedad de teorías apoyadas en pruebas no siempre convincentes, que intentan explicar la aparición de estos trastornos. Indudablemente, con el paso del tiempo, se podrá ver que algunos de los trastornos de etiología desconocida, se deben a etiologías biológicas específicas; otros, podrán responder a causas psicológicas y otros al resultado de una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Los clínicos pueden estar de acuerdo en los mecanismos que provocan esas alteraciones. El DSM-III-R puede ser considerado como "descriptivo" puesto que las definiciones de los trastornos se limitan a describir las características clínicas.

El psicólogo necesita apoyarse en algunas ocasiones en instrumentos de evaluación capaces de darle a él un panorama específico del problema en cuestión y para ello suele utilizar medios capaces de ofrecer mayor conocimiento y mejorar en el aspecto técnico. Para el punto de vista psiquiátrico, un diagnóstico del problema se hace con objeto de dirigir racionalmente el tratamiento. El diagnóstico clínico aporta al psiquiatra connotaciones útiles acerca del síndrome reactivo, del probable curso y pronóstico del trastorno, y a menudo acerca de los métodos de tratamiento que probablemente resultarán más benéficos (Noyes y Kolb, 1983).

A pesar de ser una visión bastante restringida y en algunas ocasiones arbitraria, el valor principal de la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales no está en darle una categoría a la entidad patológica, sino en eliminar rápidamente las

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

consideraciones menos útiles para comprender al paciente y dirigir la atención hacia las que posiblemente sean relevantes.

Parece que Noyes y Kolb (1983) de pronto modificaron su perspectiva psiquiátrica en algo más funcional, cuando dicen que el psiquiatra debe interesarse en los procesos, no en las etiquetas. Que un diagnóstico hecho a un nivel puramente descriptivo, sin considerar el estado contenido del pensamiento y la vida interior del paciente, no proporcionará el plan de tratamiento necesario para aliviar el sufrimiento del enfermo.

Una nomenclatura médica tiene la función de proveer una lista de términos que todos aprueban, para registrar las observaciones clínicas y patológicas, por lo tanto, tiene que ser extensa, para ofrecer la oportunidad de incluir cualquier situación anormal. Conforme aumentan los conocimientos, la nomenclatura también debe expandirse y abarcar nuevos términos que permitan el registro y aumenten la exactitud (Noyes y Kolb, 1983).

En este último plano, estamos de acuerdo los que creemos en la teoría cognitivo conductual, pues nos sirve el DSM-III-R, como una herramienta auxiliar y oportuna para darnos cuenta, de forma exclusivamente global, de poder ubicar correctamente todo un cuadro clínico y poder tener más elementos motores, cognitivos y psicofisiológicos para poder hacer un análisis detallado del problema, en este caso de la conducta alucinatoria, que hemos de decir es así, conducta alucinatoria, o sea, que el individuo se comporta de alguna manera ante algo o ante alguien y esa conducta no carece de contenido sino de conceptos

anteriores, de expresión de un conflicto, sea cual sea la causa, y de un desequilibrio psicofisiológico (para algunos sólo cerebral).

No hay que olvidar lo que dice Caballo (1995) que el proceso de cambio, para el paciente individual, empieza por una evaluación de sus problemas. La evaluación incluye el pasar un inventario de las principales cogniciones, valoraciones, dificultades emocionales, patrones de conducta y actitudes sobre uno mismo, que tiene la persona. Una manera útil de recoger estos datos es emplear el Cuestionario Multimodal de la Historia de Vida o algún cuestionario similar, más una entrevista individual.

Y se observa que Caballo (1995) está de acuerdo con la utilización del DSMIII-R porque dice que se recomienda un diagnóstico formal del trastorno actual y de los problemas de personalidad de larga duración, antes de empezar con cualquier clase de terapia cognitivo conductual. ¿El motivo? Pues porque dependiendo del diagnóstico, se favorece la medicación y/o algún tipo de psicoterapia.

Además, deberían de revisarse los problemas de depresión y los trastornos de ansiedad que no respondan al tratamiento cognitivo conductual en unos pocos meses, centrando entonces nuestra atención en los factores biológicos que necesiten medicación y en los trastornos de personalidad que requieran intervenciones especiales (Caballo, 1995). Eso quiere decir que es de recomendar que el psicólogo cognitivo conductual también sepa lo referente a trastornos mentales, no como algo clasificado real sino como mayor "sabiduría" para su análisis.

Por otro lado, la gran competencia con el punto de vista psiquiátrico, le hace al psicólogo cada día especializarse más, saber más y "rendir más". Sin embargo, no debe por ningún motivo de olvidar su formación científica y caer en un campo ecléctico que sólo va a perjudicarlo en su profesión aunque algunos, por ser moderno este punto, vean con buenos ojos esta truculenta combinación.

### 3.2 Esquizofrenia y alucinación

Caballo (1995) comenta algo muy importante cuando dice que muchos problemas de conducta graves, como el retraso, el autismo y la esquizofrenia parecen tener causas biológicas. Aunque los métodos operantes no pueden modificar estos factores biológicos, pueden mejorar sus efectos debido a la interacción que existe entre la biología y el ambiente con respecto a la conducta.

Algunos individuos que desarrollan la esquizofrenia han pasado por algún acontecimiento estresante poco antes del episodio esquizofrénico. Se ha encontrado igualmente que los sujetos que han padecido un episodio de esquizofrenia y salen del hospital, tienen una mayor probabilidad de recaída si los miembros de su familia (a la que vuelven) expresan una notable hostilidad hacia el paciente. Parece claro que la imposibilidad de escapar de una familia hostil representa un estímulo estresante grave y crónico.

También afectan factores tales como un contexto hospitalario aversivo y/o empobrecido, el estigma

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

social asociado al estatus de paciente, o las reacciones del ambiente ante déficit intelectuales, educativos o laborales (Caballo, 1995).

Davison y Neale (2000) son los psicólogos adecuados para decir algo sobre este punto pues dicen que la esquizofrenia es un grupo de trastornos psicóticos que se caracterizan por perturbaciones marcadas de pensamiento, emoción y conducta tales como el pensamiento desordenado donde no se relaciona con lógica las ideas; incapacidades de percepción y atención; perturbaciones extravagantes de la actividad motora y afectividad aplanada o inapropiada.

La esquizofrenia ocasiona que el paciente se aleje de la gente y la realidad para entrar con frecuencia en un mundo de fantasías delirantes y alucinantes. Es muy amplia la diversidad de problemas de quienes son diagnosticados como esquizofrénicos, pero estos pacientes por lo general muestran sólo alguno de ellos (Davison y Neale, 2000).

Los síntomas consisten en excesos, tales como alucinaciones, delirios y conducta extravagante. El habla desorganizada, también conocida como trastorno del pensamiento formal, se refiere a problemas en la organización de ideas y el habla que impiden que el escucha comprenda el mensaje (este punto revisaremos más adelante). Muchos esquizofrénicos padecen de delirios, que significa manifestar creencias con las que el resto de la sociedad no estaría de acuerdo o a las cuales consideraría como interpretaciones erróneas de la realidad.

Los pacientes esquizofrénicos a menudo mencionan que el mundo les parece diferente o hasta

irreal (desrealización). Algunos especifican cambios en la manera de sentir su cuerpo, también puede haber entumecimiento u hormigueo, sensaciones de choque eléctrico o de estar quemándose.

Ciertos pacientes muestran hipersensibilidad a la vista de determinadas cosas o a sus sonidos y olores. Otros mencionan que sus alrededores no son como antes y que todo parece plano y descolorido. Otros señalan que tienen dificultades para enfocar su atención. Pero aquí viene lo más interesante: las distorsiones perceptuales más acentuadas, se denominan alucinaciones, que son experiencias sensoriales en ausencia de estimulación alguna proveniente del ambiente.

Son más comunes las de índole auditiva y raras las de tipo visual (esto sería un punto importante para futuras investigaciones). Algunas alucinaciones son importantes para el diagnóstico ya que ocurren con más frecuencia en esquizofrénicos que en otros enfermos psicóticos. Tales son los pensamientos audibles, voces que riñan, voces comentando (Davison y Neale, 2000).

Lobato Carbajal (1998) nos hace meditar en algo que hemos tomado poco en cuenta al decir que la parte delicada de la interacción de los grupos se da, en términos de salud, cuando un individuo es rechazado al ser víctima de un padecimiento.

Esto ocurre en nuestros días y aún cuando puede estar impregnado de gran cantidad de creencias erróneas, el efecto del impacto emocional no deja de afectar al enfermo y al entorno de gente. Un tratamiento psicológico tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida del individuo. El sujeto se

reconoce afectado, produciéndose un conflicto consigo mismo. En la mayoría de los pacientes (y no sólo éstos sino también en aquéllos con SIDA), la ansiedad parece seguir un patrón de "montaña rusa" en donde los periodos de ansiedad aguda darán paso repentinamente a lapsos de relativa calma (Lobato Carbajal, 1998).

Seguramente se ve imprescindible tratar el tema de esquizofrenia para delimitar correctamente el tema de las alucinaciones, pero no es en si necesario, ya que el tener alucinaciones no quiere decir que el paciente padezca de esquizofrenia, sino que simplemente tiene alucinaciones.

Por otro lado, es en la mayoría de los casos de esquizofrenia en que si se tienen alucinaciones, pero la mayor parte de ellas recae en las de forma audible, posiblemente porque cuando se es niño, la cultura, las ideas y todo cuanto es relación social, comienza por el lenguaje hablado, más que del escrito o por imágenes, pues ya que se exige que tenga dentro de su repertorio básico, la conducta de oír y no tanto el de ver. Gutiérrez Ventura (2000) dice que hoy en día existen un sinnfn de enfermedades propagadas en todo el mundo y son tanto físicas, psicológicas, como culturales, debido a que el individuo en su inercia individual y cultural se ha vuelto más "exigente" consigo mismo y con el mundo en general.

De tal forma que las exigencias de la vida y nuestro andar día con día nos marcan parámetros los cuales debemos cumplir olvidándonos muchas veces de nosotros mismos, una de las tantas enfermedades existentes en el mundo que abarca tanto el ámbito psicológico, cultural y social, es la psicopatología

alimentaria (de la cual hablaremos en un capítulo final al ver la relación que tienen las alucinaciones con nuestra salud y la distorsión de la percepción general).

### 3.3 Los aspectos verbales y de lenguaje

Caballo (1995) comenta que lo que más le preocupaba a Skinner era el estudio del lenguaje, y de hecho, escribió una obra sobre el tópico llamada *Verbal Behavior*. En ella, dice, se hace un análisis funcional del lenguaje y se ofrece una taxonomía de las funciones psicolingüísticas.

Así, se distinguen tipos de conducta verbal de acuerdo con condiciones antecedentes específicas y con las consecuencias producidas. Las clases de conducta verbal definidas tienen gran importancia en el análisis de la psicoterapia (Caballo, 1995). Para Hermsillo García (1984), el lenguaje no sólo es hablar, implica la comunicación que psicológicamente significa referirse a algo, es decir, poner en contacto indirecto a una persona con eventos que no están presentes espacio temporalmente o con propiedades no aparentes de un objeto o evento presente.

De hecho dice Hermsillo García (1984) que el lenguaje es un puente entre los eventos y el escucha, además éste puede interactuar directa o indirectamente con los acontecimientos referidos. Si el lenguaje es convencional, tanto en forma (lengua hablada o escrita) como en función (correspondencia con prácticas sociales y acontecimientos de la realidad física) entonces le permite al individuo desligarse de

las propiedades concretas de los acontecimientos; este desligamiento es denominado mediación, por lo cual es posible la referencia o función referencial del lenguaje (Hermosillo García, 1984).

Y luego señala que en el padecimiento de la esquizofrénia se ve afectada la función referencial, función necesaria para mantener contactos entre eventos y otras personas, por lo tanto, esta alteración no permite una integración social ajustada a las convenciones sociales. Y es así como el que alucina se está comportando ante determinada persona u objeto (o evento) verbalmente, pero no lo hace de forma que exista una correspondencia recíproca de comprensión y acción, sino sólo de reacción, pues aún la misma pared a la que le está hablando puede reaccionar con reverberación o eco.

Sin embargo, cuando una persona emite una conducta y obtiene una consecuencia de esa conducta, va a ser más probable que vuelva a emitir dicha conducta, de tal modo que, cuando una persona está oyendo lo que dice la persona que alucina, se comporta como si le estuviera pidiendo que le cambie de posición o bien que le escuche lo que el dice y eso va a probabilizar que vuelva a emitir dicha conducta antecedente.

Es necesario entonces, que el que le escucha deba reforzar la conducta que en verdad le puede ser útil al paciente para conseguir la atención que busca y no solamente tildarlo de loco y dejar que siga manteniéndose la misma conducta distorsionada, por ejemplo, sólo reforzando aquella palabra o pequeña frase que tenga contenido coherente o que sirva para comunicar algo.

Y aquí Hermosillo García (1984) está de acuerdo con esto cuando dice que si la interacción es tal que el escucha no rige su conducta por el hablante y además ambos presentan deficiencias como hablantes, se rompe entonces la posibilidad de una interacción referencial, no existe comunicación entre los individuos y por tanto se desvanece la mediación y el mantenimiento de las relaciones sociales ajustadas a esas convenciones (Hermosillo García, 1984).

Por su parte, Johnson (1990) dice que para describir una realidad objetiva, necesitamos el lenguaje que expresa conceptos que pueden proyectarse sobre los objetos, propiedades y relaciones en un modo de contexto independiente unívoco y literal. Las palabras son símbolos arbitrarios los cuales, aunque carecen de significado ellas mismas, consiguen su significado en virtud de su capacidad para corresponder directamente a cosas en el mundo.

La estructura de la racionalidad (por cierto otro punto muy importante en el habla esquizofrénica) se considera como estructuras trascendentes de experiencia corporal. Y el significado es visto como objetivo, porque consiste sólo de la relación entre símbolos abstractos y cosas (con sus propiedades y relaciones) en el mundo (Johnson, 1990).

De ahí que el lenguaje que expresa el que alucina no tan sólo tiene una connotación de experiencia teórica sino que corporalmente también ha tenido una experiencia que surge cuando la circunstancia que detecta el paciente se le hace similar a aquella que vivió y experimentó en su momento.

Y según Johnson (1990), ocurre algo parecido con las personas que consideramos normales porque por ejemplo a través de la metáfora, hacemos uso de patrones que se obtienen de nuestra experiencia física para organizar nuestro mayor entendimiento abstracto. Nuestros movimientos corporales e interacciones en varios dominios físicos de experiencia se estructuran y esa estructura puede ser proyectada por metáfora sobre dominios abstractos.

La experiencia, dice Johnson (1990), debe entenderse, en un abundante sentido amplio, como que incluye percepciones básicas, motoras, emocionales, históricas sociales y lingüísticas. La experiencia involucra todo lo que nos hace humanos: nuestra corporeidad y ser social, lingüístico e intelectual combinado con complejas interacciones que hace el entendimiento de nuestro mundo.

Esta experiencia, este responder ante diversas situaciones nos hace enfrentarnos a lo que llamaríamos un conflicto conceptual o conflicto por experiencia, ya que lo nuevo, lo sorprendente y lo complejo se presentan comunmente en nuestra vida y causa una respuesta de incertidumbre, que se ve solucionada con nuestra propia respuesta a tal variable.

En un experimento que realizaron Rojas Huerta y García Ríos (1990), en términos generales, se observó que los sujetos esquizofrénicos obtuvieron un menor promedio de respuestas correctas en comparación con los sujetos normales tanto en la reconstrucción de sus propios monólogos como en la de monólogos ajenos. Las tres frecuencias más altas en errores cometidos por los sujetos esquizofrénicos en la tarea de

reconstrucción de sus propios monólogos fueron poner una palabra que no corresponde, poner una palabra en cada espacio y dejar espacios en blanco, además garabatos, poner más de una palabra en cada espacio, repetir la palabra antecedente o siguiente al espacio y poner neologismos. La frecuencia más alta en el tipo de errores es el poner la palabra que no corresponde (Rojas Huerta y García Ríos, 1990).

Esto puede significar que hay errores en la comprensión de la palabra, errores en la concepción de la palabra y en la ubicación espacial correcta de cada una de ellas, debido primordialmente en que no han resuelto su propio conflicto personal que se ve combinado con la tarea a realizar y no ha sido debidamente resuelto a través de ejercicios específicos para ello.

El análisis funcional arroja datos sobresalientes para detectar este conflicto interno y dar un giro al aspecto familiar o de desarrollo del paciente lo que redundará en una mejor entrevista y un enfoque además de científico, más humano, pero sin caer en ambigüedades teóricas o hipotéticas. Estos investigadores señalan que los pacientes observados en su vida hospitalaria viven aisladamente, viéndose por consecuencia disminuido su nivel comunicativo. Conviven diariamente con sujetos de variadas características conductuales e inclusive con sujetos con retardo en el desarrollo.

El "síndrome de hospitalización" es considerado funcionalmente importante para entender las alteraciones en los complejos procesos de lenguaje, así como las diversas alteraciones conductuales entendidas como reacciones esquizofrénicas.

El lenguaje, dicen Rojas Huerta y García Ríos (1990), debe ser entendido como comportamiento y como tal debe ser centro de atención psicológica, puesto que el lenguaje le permite a un individuo interaccionar con su entorno, y este modo de interacción, tiene como elemento crítico mediador, a la respuesta de un individuo con respecto a otro o consigo mismo, respuesta que posibilita reacciones desligadas de las propiedades situacionales aparentes en los eventos, y los organismos presentes en el ambiente, pero si no se tiene en los otros este sistema de respuesta convencional, se tiene como consecuencia el aislamiento del paciente y por consecuencia el deterioro de dichos sistemas (Rojas Huerta y García Ríos, 1990).

De ahí que es importante que el que escucha debe responder de alguna forma más integral al alucinado hablante para poder ir moldeando su respuesta y vencer de un modo práctico el conflicto emocional que posee.

Y siguen diciéndolo aún más claro, pues resulta ingenuo suponer, que la corrección de disfunciones metabólicas y bioquímicas producirán automáticamente la desaparición de las alteraciones del comportamiento esquizofrénico y mucho más aún suponer que se puede anular la génesis social de un proceso de este tipo mediante la acción de fármacos y actividades rutinarias relativamente estructuradas; de modo que es necesario intervenir directamente además sobre las alteraciones lingüísticas y del pensamiento. Es necesario tener en consideración el analizar segmentos lingüísticos ordinarios y menos

estructurados artificialmente (Rojas Huerta y García Ríos, 1990).

Sergio Piró (1987), gran conocedor del lenguaje esquizofrénico dice que como lenguaje esquizofrénico podría ser definido el conjunto de alteraciones lingüísticas que padecen los sujetos esquizofrénicos. Las alteraciones encontradas hasta ahora son: las alteraciones de la conducta verbal, alteraciones de estilo, alteraciones fonéticas, articulatorias y verboestructurales, gramaticales y sintácticas, alteraciones exclusivas del significado, de la lectura y de la escritura, alteraciones del lenguaje mimico y gestual.

En el mutismo, el sujeto parece a punto de hablar y comienza incluso a mover los labios, pero se detiene bruscamente sin emitir sonido alguno; la expresión del rostro del paciente permanece tensa y a veces casi ansiosa y el interlocutor tiene la impresión de que un obstáculo bloquea la elocución contra la voluntad del sujeto. Otras veces el paciente no presta la mínima atención al interlocutor, no responde a las preguntas y no se preocupa de hablar espontáneamente.

Este tipo de mutismo corresponde a características más típicamente autísticas (Piró, 1987). Otras veces en el curso de una conversación que se interesa, el sujeto se aleja de improviso y sin ningún motivo. La verdadera distracción, en la conversación es pues, alejamiento de la comunicación y repliegue autístico. El uso lingüístico del lenguaje está perdido, porque el sujeto no es portador de intención de comunicar o de expresar lingüísticamente y por consiguiente la producción verbal impulsiva está privada de significado (Piró, 1987).

Los humanos aprenden asociaciones de palabras, la gente difiere en las asociaciones que hace y esas asociaciones están implícitas en actividades cognitivas. Las asociaciones de palabras deberían ser estudiadas como son aprendidas y como ellas funcionan en la conducta humana real y cognición. Con respecto al aprendizaje, el niño primero aprende palabras simples. Luego, el niño oye combinaciones de palabras que producirán aprendizaje de asociación de palabras. Y el niño estará incitado a aprender asociaciones (Staats, 1996).

Por ejemplo, el niño dirá "galleta" al hacer una petición. El papá le responderá "galleta, por favor" y le dará la galleta cuando el niño ha expresado las dos palabras. Esto producirá la asociación de palabras bajo el control de dichas circunstancias de estímulo. Como el niño recibe mayor experiencia de lenguaje, oirá y leerá un inmenso número de secuencias de palabras. Dichas experiencias nos llevan a emitir un inmenso número de secuencias de palabras a nosotros mismos. A través de estas cosas aprendemos palabras como cadenas asociadas.

Estas asociaciones de palabras serán funcionales en cosas como lenguaje gramatical, repertorios matemáticos, lectura, comunicación, solución de problemas, pensamiento, conocimiento, creencias, opiniones, humor y tantos otros. Las asociaciones de palabras afectan el contenido tan bien como la forma (Staats, 1996).

Esto que plantea Staats nos hace ver que el esquizofrénico va rompiendo las cadenas de palabras asociadas, pero el que alucina por el contrario encadena otras nuevas asociaciones, de ahí que el

lenguaje que posee el esquizofrénico no es de comparar al que tiene conducta alucinatoria, porque el esquizofrénico tiene un exceso de conducta, aún cuando permanece estático, en tanto el que alucina sólo se comporta ante una situación dada y ante determinados objetos estímulo. Además, el que alucina no presenta problemas de lenguaje o de escritura tan determinados como el esquizofrénico, bien porque este último se ocupa la mayor parte del tiempo en producir neologismos y cantaletas, mientras el alucinado está "viviendo personalmente" su alucinación.

Por otro lado, en el esquizofrénico parece no tener fin su conducta constante de aislamiento e incoherencia, mientras que el alucinado o el que alucina, permanece quieto, experimentando y quizá deleitándose con su alucinación, además no perjudica a nadie, mientras que el esquizofrénico le trata como algo aparte.

### 3.4 Errores de comunicación

Noyes y Kolb (1983) dicen que la teoría de la comunicación proporciona un esquema que nos permite considerar la relación entre la organización estructural del hombre y su ambiente, y la influencia persistente de las fuerzas y experiencias sociales pasadas sobre el ser humano; dichas fuerzas y experiencias permiten al hombre reconocer, seleccionar y establecer un patrón de respuesta, y así determinar su conducta posterior.

Y dicen estos autores que el cerebro entonces funciona como un sistema central que integra y comunica, al servicio del contacto que el hombre tiene con sus propios sistemas orgánicos internos, con sus experiencias pasadas y con el mundo exterior. Pero lo que no consideran estos autores es que el organismo se comporta como un todo y no fraccionariamente; además, el cerebro sólo regula la actividad y la hace disponible, pero son los pensamientos, creencias que el hombre tiene y el aprendizaje pasado lo que permiten que logre comunicarse adecuadamente con otro ser humano, pues si ambos tienen ideas contrarias o creencias poco similares, muy poco va poder hacer el cerebro para que se logren comunicar ambos.

Los órganos internos, por otro lado, se comunican aún involuntariamente, aunque se esté padeciendo un tumor o un quiste que a la vista parezca interrumpir la comunicación entre órganos y reciprocamente reciben información que precisamente llegue al cerebro y éste reaccione de alguna manera ante aquél suceso tan importante. Pero aclaran el punto cuando dicen que cualquier trastorno del cerebro o de otros tejidos corporales, que influya sobre la capacidad del hombre para recibir, percibir e integrar la información del ambiente con la información pasada, producirá un funcionamiento psicosocial defectuoso y por lo tanto alterará el funcionamiento de la personalidad (Noyes y Kolb, 1983).

En esto no hay que olvidar lo escrito por Viñas Velázquez (1990) de que la familia es potencialmente una fuente de alienación capaz de enfermar mentalmente a uno o varios de sus miembros a través de una comunicación distorsionada y que presentan un

deseo de sustituir su mundo exterior que no le satisface a partir de sus propias producciones internas ocasionadas por las contradicciones en la comunicación de la familia frente a una sociedad alienante.

Conforme es más elevado el grado de rigidez de comunicación patológica y los vínculos no son totales, el individuo tiene mayores posibilidades de enfermar crónicamente con un pronóstico de patología irreversible (Viñas Velazquez, 1990). Y es así que las creencias irracionales que suelen tener los tutores o padres de familia hacen que el individuo no tenga los elementos fundamentales para establecer una buena comunicación que permita conseguir los objetivos que se plantee de antemano, y si crean errores de la comunicación que estropean toda relación humana o simplemente no consiguen "la conexión".

Jiménez Avalos (1986) por su parte, sentencia que si continuamos preguntando qué hacen los esquizofrénicos (dicen incoherencias) y por qué lo hacen (por un desorden del pensamiento) no saldremos de ahí hasta que haya acuerdo respecto a qué es el pensamiento y cómo llega a desordenarse.

Pero si preguntamos qué no hacen los esquizofrénicos (entre otras cosas: no cambian su modalidad descriptiva ante referentes muy similares entre sí, ni modulan su conducta de escucha en función de la del hablante), buscar el por qué no lo hacen puede llevarnos más adelante: una pregunta así es, por principio, olvidarse de tratar de explicar lo que según el DSMIII, es la esquizofrenia y abordar el asunto de un modo evaluativo. Lo que se pretende es alejarse de la influencia que el diagnóstico ha ejercido

sobre las preguntas experimentales (Jiménez Avalos, 1986).

Pero no podemos hacer de lado el problema ético que se origina precisamente en este punto, en la clínica con el paciente. El "poder" psicológico o psiquiátrico se ejerce sobre los individuos o sobre la sociedad a través del diagnóstico. Y como todo "acto de poder" puede ser altamente manipulador en la medida que encierra una prescripción implícita de cual debe ser el futuro de los individuos implicados.

Se ha dicho que el "poder" que ejerce quien es capaz de hacer un diagnóstico -cualquiera sea- proviene del hecho de que satisface en los profesionales una serie de necesidades y ansiedades sociales de diverso tipo: emocionales, socioideológicas y epistemológicas. Evidentemente, el diagnóstico tiene una importante implicación ética, ya sea para beneficio o para manipulación, desacreditación y castigo de los miembros de la sociedad (Franca-Tarragó, 1996).

Y es que un diagnóstico de error de comunicación suele darse muy a la ligera, por no ir más allá de lo aparentemente visible y no resolver de inmediato la "distorsión" de percepción. No obstante, el psicólogo impone sus reglas y se acabó, y cae profundamente en un problema ético que le va a seguir marcando su profesionalismo a través de distintas anomalías de conducta.

Se ha visto en ocasiones que cuando hay intereses económicos, políticos o afectivos en pugna, los psicólogos y psiquiatras han intervenido para legitimar con su diagnóstico las pretensiones de uno u otro bando, ya sea en los conflictos legales

individuales, en los de grupos o aún en los que se han producido entre naciones (Franca -Tarragó, 1996).

Entre las causas de que existan tantas variaciones entre los profesionales cuando diagnostican a sus pacientes, están las diferencias de orientaciones, aprendizaje y experiencia profesional de los psicólogos o psiquiatras; los diferentes contextos y oportunidades en que se hace el diagnóstico; la clase social, cultura, raza y sexo del profesional; los prejuicios personales que tenga y la ambigüedad de ciertas categorías psicopatológicas.

De hecho se dice: ¿alucina? Entonces tiene esquizofrenia y debe ser tratado como esquizofrénico y se le aísla de los demás y se le dan medicamentos antipsicóticos que le adormecen y ellos, los encargados de la salud mental, han cumplido, no más palabras ni rodeos. Siendo que la alucinación suele presentarse por muchas razones ya expuestas y por diferentes circunstancias también ya expuestas y en ciertos individuos también ya reconocidos.

Pero, ¿cómo va a fallar su diagnóstico? ¿cómo va a ser posible que no se le pueda encuadrar en una cuasi clasificación deliberada y estricta? Y entonces, al caer en una imposición técnica y química, el individuo va complejizando más su conducta y hasta se le dañan sin quererlo otras funciones vegetativas y autónomas. Sin embargo, según Fernández-Ballesteros (1999), un diagnóstico nos remite a una información general sobre un determinado tipo de trastornos que generalizamos a través de diferencias individuales. Ambos momentos (acumular información y comunicarla) requieren en realidad del diagnóstico.

El primero con objeto de delimitar las categorías sobre las que se investiga; el segundo, para asegurar que se comparte el significado de un concepto. Y aclara Fernández-Ballesteros (1999) que los sistemas de clasificación son arbitrarios, es decir, no representan isomórficamente la realidad.

El funcionamiento de las personas es siempre múltiple y complejo y una posible patología, por llamativa que sea, representa sólo una parte limitada y no agota en modo alguno esta compleja realidad. Como cualquier instrumento que se utilice para la evaluación de uno o más atributos del sujeto o de su conducta así como en una posterior toma de decisiones, un sistema diagnóstico debe demostrar que posee las suficientes garantías para hacerlo de un modo adecuado. (Fernández-Ballesteros, 1999).

Esto garantiza que no se generalice al que alucina como esquizofrenia, sino sólo como parte importante de ella, para poder solucionar mejor esas "pequeñas imperfecciones". Además se traduce en una comprensión del individuo y en un mejor diagnóstico. La comunicación entre psicólogos debe ser más abierta y con un perfecto seguimiento, de lo que proponen muchos autores sobre el tema, que sería una herramienta valiosa a la hora de diagnosticar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO 4.

### Conflicto interno

#### 4.1 Noción de conflicto interno

Benjafield (1992) dice que las variables de estímulo de comparación pueden ser relacionados a la incertidumbre. Por ejemplo, mientras más nuevo es un estímulo (en el sentido del contacto con él), más incierta la persona estará de cómo responder a eso. Lo mismo puede ser dicho para un estímulo sorprendente o complejo.

Esto significa que las variables que tienen altas propiedades de estímulo de comparación también tienden a tener alto potencial de respuesta. Al enfrentar situaciones nuevas, complejas o sorprendentes se tiende a incrementar la excitación de una persona (quizá esto tendría que ver con los conocidos experimentos de Pavlov, en que la inhibición de la respuesta ante un estímulo, o sea con el efecto de bloqueador, tendía el animal a excitarse). Lo que sucede es que en el caso del hombre, la excitación es mayor ya que entran en juego factores cognitivos y de lenguaje.

Benjafield (1992) sigue diciendo que la persona experimenta los llamados conflictos conceptuales, los cuales surgen cuando una situación evoca pensamientos incompatibles. Por el contrario, el estar en una situación altamente familiar, muy simple o completamente esperada tenderá a tener un potencial más bajo de excitación. La persona no experimenta

ninguna experiencia de conflicto acerca de lo que va a hacer en esa situación (Benjafield, 1992). Feshbach y Weiner (1991) dicen que vivimos en un mundo de conflicto. En cualquier momento dado hay muchas posibles alternativas de las cuales elegir, en nuestras actividades diarias.

Los conflictos varían en fuerza. Algunos son serios y difíciles de resolver mientras que otros son insignificantes y fáciles de decidir. La magnitud de un conflicto es determinado por un número de factores. Se puede establecer que mientras mayor sea el número de alternativas disponibles, mayor es el grado de conflicto.

Mientras mayor sea la importancia de una decisión, es mayor el grado de conflicto. El conflicto temporal existe cuando la atracción de elecciones alternativas cambian en el tiempo. El conflicto espacial varía como una función de las distancia física. El conflicto discriminativo existe, por ejemplo, en la esquizofrenia promovida por una madre que envía señales de aceptación y rechazo a un niño tanto que el niño no sabe si estarán disponibles recompensas o castigos para él (Feshbach y Weiner, 1991).

Berlyne (1976), por su parte, relacionó el conflicto con el término "problema" y dice que un problema implica una condición de pulsión elevada que no se atenúa de inmediato. Y una condición de pulsión elevada significa un "estado crítico", es decir, un estado que representa una amenaza última a la integridad del organismo y que por consiguiente es inevitable que se vea seguido por cambios marcados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Algo prepara o anticipa la respuesta que atenuaría el estado pulsional. Y como dijera Feshbach y Weiner (1991), algunos problemas son más "problemáticos" o sea "más "difíciles" que otros. La reducida cantidad de sujetos, en una población, que pueden ejecutar satisfactoriamente una tarea, se ha considerado ocasionalmente como una medida objetiva de la dificultad como en el caso de los constructores de pruebas de inteligencia.

Un problema difícil así, es aquel donde un sujeto individual tiene una probabilidad relativa pequeña de resolver. Si solamente tenemos una situación de estímulo momentáneo en la cual basarnos o si sólo se tiene acceso a una fase de desarrollo cuyo curso pasado y futuro nos es desconocido, entonces llevamos las de perder y estamos en conflicto, tendemos a hacer preguntas porqué o a asumir otras formas de conducta epistémica con el objeto de completar nuestro conocimiento del pasado y futuro de los objetos con los que estamos interactuando (Berlyne, 1976).

Y realmente un problema no se hace problema si echamos mano de nuestros conocimientos anteriores, de nuestras experiencias pasadas y aplicamos con éxito las estrategias necesarias para confrontar las vicisitudes. Berlyne dice que solamente el conocimiento de los antecedentes, puede revelar si un fenómeno físico inesperado es bueno, malo o indiferente en lo que se refiere a nuestros intereses y dar indicios de cómo suprimirlo o evitarlo si fuera dañino y como prolongarlo o restablecerlo si fuera beneficioso (Berlyne, 1976).

De ahí que el que alucina, alucina por la presencia excesiva de un problema, pero ese problema lo ha hecho él más grande de lo que es y en sí, lo ha hecho problema, sumergiéndose en un mundo hostil que él mismo ha fabricado y cuyo concepto, deteriorado por una creencia irracional, tiene un gran imperio en sus pensamientos y demás actividades cognoscitivas, influyendo terriblemente en su percepción sensorial y física del mundo que le rodea.

Esos pensamientos que entonces surgen, son él mismo quejándose de su problema y "solucionándolo" cognitivamente, pero lo incorrecto está en que frecuentemente son creencias irracionales las que "están hablando" y son imágenes de conceptos mal definidos que está viendo y que también son producto, si se averigua más a fondo, de una mala alimentación e irrigación cerebral, aunque esto último no sea la causa, sino factores que también intervienen y que son tomados aisladamente, o como únicos causantes del "problema".

Lo importante es que cuando se realice el análisis funcional del caso, se tomen en cuenta la vida familiar, el grado académico, la vida religiosa y sobre todo la clase de conceptos que tiene el paciente respecto a los elementos más fundamentales de la vida cotidiana, que traerá consigo, el conflicto conceptual que trata de solucionar y cuya incertidumbre está deteriorando su reacción normal ante los demás estímulos que se le presenten.

Y se tiene que pensar que la gran mayoría de conflictos internos se dan en el grupo familiar, cuando los elementos de este grupo no están de acuerdo con las ideas del otro o lo que sería más grave, tratan de

imponer -en algunas ocasiones con gritos y susurros- sus ideas como una ley imperial. De eso, explica Baumgartner (1991) que no es sorprendente que las relaciones interpersonales se hagan más frecuentes entre miembros de una familia que entre gente no relacionada.

En su mayoría, las familias manejan estas tensiones en calma un poco renuentes a abrir el conflicto. La gente, dice Baumgartner, expresa sus quejas domésticas convirtiendo sus problemas en conflictos y depende del balance moral prevaleciente en la familia en el momento.

Para ello se utilizan diferentes acciones de disputa familiar: privar al oponente de favores, evitarlo, someterlo a la intervención informal de miembros de otra familia o simplemente caer en conflicto. La sanción más punitiva ejercida dentro de las familias en forma rutinaria es la imposición de privaciones. Esto puede variar desde el retiro de favores hasta una acción más enérgica, incluyendo una que asciende al embargo de propiedad o a la privación de la libertad (Baumgartner, 1991).

Muchos esposos rechazan hacer encargos para el otro o dar un servicio con respecto a la casa tal como coser o lavar el auto. En otra ocasión, los padres han quitado el derecho a su hijo de levantarse tarde o de ver un programa favorito de televisión. Ellos retienen posesiones valiosas tal como bicicletas o guantes de béisbol por un periodo de tiempo. Y cuando ellos ven ofensas serias, castigan a sus niños con un tipo de encarcelamiento o privación de la libertad al ordenarles permanecer en casa, excepto los "permisos" para asistir a clases.

La evitación temporal es cuando ambas partes continúan viviendo en la misma casa. Los dos antagonistas se dejan de hablar el uno al otro y restringen la cantidad de tiempo que pasan juntos. Si las tensiones entre dos gentes se hacen frecuentes, una o ambas partes optan por ejercitar una versión modificada de evitación como rutina.

En tales casos, la gente continúa hablando a otra a pesar de hacer una gran cantidad de esfuerzo para permanecer aparte. Como una regla, la evitación temporal se mantiene dentro de casa y los extraños, excepto quizá los amigos muy cercanos, nunca se enteran de eso. La violencia de cualquier tipo puede ser entendida como un esfuerzo para imponer un pago unilateral contra un oponente en conflicto (Baumgartner, 1991).

Y al respecto, se ha sabido que el hombre le echa la culpa a la mujer, o el novio a la novia, o el amigo a su amiga en el sentido de discriminar a la mujer y crearle un conflicto, tratando de ignorar que el problema ocurre en ambos y permanece en ambos.

De esto, Castaño y Palacios (1996) explican que el estado de salud de las mujeres se está viendo afectado, en las últimas décadas, por el coste físico y psicológico, en muchas ocasiones excesivo, por su incorporación al mercado de trabajo en una sociedad tan competitiva como la actual; tienen que simultáneamente ser guapas y delgadas, buenas madres y esposas, buenas trabajadoras y competitivas. Han sido víctimas del cansancio, disminución del rendimiento laboral y falta de vitalidad que acompañan a las carencias de hierro, asociadas a pérdidas menstruales excesivas durante la edad fértil.

Sus quejas y malestar se dirigen a los que rodean su círculo familiar. Las metas que la niña se marca en la vida no están claras; sus ilusiones y expectativas tendrán que superar obstáculos que no están definidos de antemano. El mito de la pareja y el mito de la familia pueden marcar a la mujer, al crearle expectativas diferentes a la del hombre.

Los jóvenes de hoy sienten el rechazo hacia la actitud abnegada de sus madres y no es raro oírles decir: "mientras pueda seré yo mismo, mi madre renuncia a muchas cosas, mientras mi padre hace su vida" (Castaño y Palacios, 1996). Y este pensamiento se vuelve una creencia irracional de la cual surgen conflictos muy profundos que trae consigo la proyección de la percepción de nuestras ideas, lo que se traduciría, en casos crónicos, en alucinación.

Los jóvenes ven como su madre crea un mundo donde compartir se convierte en repartir, quedando ella bastante desfavorecida en la mayoría de los casos. Su espacio personal, siendo importante como madre, se difumina como persona, como mujer. Ve como su pareja tiene otros intereses distintos del funcionamiento de la casa y es ella, sola, la que está pendiente de todo y de todos. Se siente sola ante el peligro, su posición en el grupo es de aislamiento como un general ante el ejército.

Su pareja ya no es su cómplice, sino un subordinado más que se ha instalado en la frontera contraria y se teme una guerra entre ambos por conquistar espacios que se sienten perdidos. Esa sensación constante de sometimiento ante responsabilidades que no puede eludir y esc

aislamiento se pueden convertir en pequeñas venganzas.

Se empiezan a hablar lenguajes distintos y la paz no parece llegar nunca si no es a través de una separación, o lo que es peor, de una tristeza constante que puede costar a la mujer su propia salud (Castaño y Palacios, 1996).

Lo que si el individuo no toma en cuenta en el momento de producirse un conflicto, es en lo que se llama la agudeza y el arte de ingenio, tema que un humanista del siglo XVII escribiera para denotar la importancia del concepto que se tiene del problema y de la capacidad para resolverlo.

Gracián Baltasar (1996), un clásico universitario de ese tiempo dice que no se puede negar arte donde reina tanto la dificultad. Que debe armarse con reglas un silogismo; que se forje pues, con ellas, un concepto. Gracián (1996) dice que el hombre nace tan desnudo de noticias en el alma, como en el cuerpo de plumas; pero su industria y su trabajo le desquitan con ventajas.

Dice que el entendimiento sin agudeza, ni conceptos, es sol sin luz, sin rayos. No se contenta el ingenio con sola la verdad, como el juicio, sino que aspira a la hermosura. Se puede definir el concepto. Es un acto del entendimiento, que exprime la correspondencia que se halla entre los objetos. La misma consonancia o correlación artificiosa expresada es la sutileza objetiva. Se alternan sutilezas en una fecunda inteligencia. Puede dividirse la agudeza de artificio en agudeza de concepto que consiste más en la sutileza del pensar como en el plausible discurso de un orador sacro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La otra es agudeza verbal, que consiste más en la palabra. La tercera, es agudeza de acción que encierra intención misteriosa, como se dirá en su discurso propio; pero esta división más es accidental, de sujeto en acciones y lo que merece por adecuada, pierde por vulgar.

La otra es agudeza de contrariedad o discordancia entre los mismos extremos del concepto. Hay otra, la agudeza mixta, monstruo del concepto, porque concurren en ella dos y tres modos de sutileza, mezclándose las perfecciones y comunicándose las esencias (Baltasar, 1996). Esto quiere decir que el hombre nace sin conceptos, pero la formación de conceptos depende de su agudeza, es decir, de la forma en que los forma desde su interior discerniendo lo que en verdad es lo que ha pensado y la intencionalidad que tuvo con respecto a tener determinado concepto, y puede ir desde un extremo del concepto hacia fuera de él como hacia dentro de él, en lo profundo de su ser o esencia.

Muchas de las ocasiones en que el hombre se encuentra en un conflicto, le falta la agudeza para no confundir los conceptos y realmente ver al problema en sus elementos básicos y no tan complejos como "misteriosamente" pretende él mismo, ya que se debe partir, para su resolución, de lo más simple, como en el aprendizaje de las matemáticas, por la teoría de conjuntos.

De cualquier forma, el término conflicto frecuentemente se emplea para designar una situación problemática que requiere solución. Así, en la psicología, dice Mankeliunas (1999) se le define como el resultado de la activación simultánea de dos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

respuestas o tendencias de acción, de igual fuerza e incompatibles. El antagonismo de las respuestas produce tensión (energía adicional a la de cada motivo o necesidad implicados), es un estado aversivo para el organismo y a menos que la situación sea inevitable, la evasión es la respuesta más probable.

Existe una relación directa entre motivación y emoción tanto más estrecha cuanto más fuerte sea el conflicto. De aquí podría aducirse que la alucinación es un resultado emocional del estado de conflicto, o sea una proyección visual o auditiva de la evasión del conflicto y puede ser más severa en tanto que el conflicto sea haga más complejo o no pueda haber mayor evasión al problema; entonces, el que alucina, llega a reproducir el problema y desde adentro de ella, a experimentarla en sus detalles sin estar nada presente.

#### 4.2 Frustración

La frustración, según Mankeliunas (1999), es el resultado de la insatisfacción o no realización de las conductas terminales de cualquier motivo o necesidad. Esto de la necesidad, puede contemplarse en el sentido de la privación de un estímulo y tiene un mayor efecto motivante si el tiempo de la privación es considerable, ya sea que haya tenido experiencia en este tipo de privaciones o que sea en forma novedosa para el individuo.

La satisfacción puede interpretarse como el grado de permanencia de un estímulo y la forma en que el individuo sigue autoestimulándose para seguir

manteniendo ese estímulo, ya sea en forma parcial o continua, en forma leve o en exceso, pero se ha observado que el exceso de estimulación puede producirle daño, por más placentero que sea un estímulo, aunque hay excepciones, de que a pesar de que le está causando daño la auto estimulación o la estimulación externa, persiste en mantener esa estimulación a través del tiempo.

En el aspecto cognitivo, el individuo justifica esta estimulación dándole un matiz afectivo y dándole el nombre, para él muy especial, llamado "amor" y, en el nombre de este nombre, persiste, a veces, en su propia destrucción física y emocional y le hace producir un trastorno mental que le lleva a alucinar ese estímulo, por la constancia de su aplicación, aunque en realidad no se encuentre presente.

Al darse cuenta de que sólo se trata de su imaginación, se frustra y la mayoría de las veces trae consigo la agresión tanto verbal como física o cualquiera de ambas. La frustración se relaciona con el término obstaculización que son algunas veces barreras físicas, restricción física: delimitación de espacio (laberinto), bloqueo del paso, sujeción por un arnés, cámaras de demora, fijación de operandos y procedimientos similares.

Mediante estas barreras se puede impedir total o parcialmente la aproximación a la meta (de la cual hablaremos en el siguiente punto), interrumpir la secuencia motivada en varios puntos y manipular la duración del agente frustrante.

También la obstaculización producida al retirar el estímulo de mantenimiento que consiste en suprimir algunos de los objetos-estímulos que funcionan como

apoyo de la respuesta, mientras se dejan intactos los demás estímulos de la situación. La obstaculización por la elicitación de una respuesta incompatible, en que la introducción de un estímulo, confiablemente elicitó (ocasionó) una respuesta incompatible con la que se desea frustrar. En el proceso de extinción operante, tal como se desarrolla en una caja experimental de Skinner, la operación implicada consiste en fijar el operando o en desconectar el mecanismo del comedero, después de haber estabilizado la respuesta del organismo con un programa de reforzamiento.

Las respuestas del organismo se registran en una curva acumulativa mediante un aparato activado por el movimiento de la palanca, paralelamente se hace una observación directa del comportamiento del animal. Y se observa un aumento inicial de la tasa de respuestas, variabilidad en la tasa de respuestas acompañada por variaciones en la forma (topografía), intensidad y rapidez de las mismas, conductas emocionales colaterales, como chillidos, movimientos rápidos de cabeza y cuerpo, aleteos y "ataques" en algunos casos.

Reducción gradual de la tasa general con cortos ascensos repentinos, regreso de la conducta al nivel previo al fortalecimiento y, por último, la ejecución de otras conductas con probabilidad diferencial (Mankeliunas, 1999). Probablemente, estas "otras respuestas" tengan que ver con la alucinación, en el momento en que el sujeto se queda "estático" sin responder visiblemente, pero interiormente está respondiendo de algún modo. Debe hipotetizarse muy poco acerca de lo que está ocurriendo dentro del individuo, pero no puede hacerse a un lado de la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

conducta encubierta que él mismo reporta en el análisis funcional del caso.

No obstante, Mankeliunas (1999) hace un recordatorio de lo que ocurre experimentalmente en la caja de Skinner y como sostenemos que el conductismo es una perspectiva más científica que las otras, no podemos subestimar lo que propone Mankeliunas, aunque él no considera plenamente la parte "interna" del sujeto.

Para Yates (1982), si un organismo no logra la meta, esa situación se vuelve frustrante, porque se le está obstruyendo físicamente al logro de esa meta. Y pueden derivar sus reacciones en agresión al intentar remover el impedimento físico. Y si en ese gran esfuerzo por remover ese obstáculo se le castiga severamente, el sujeto desarrollará un potencial de evitación y si le ocurre lo mismo en situaciones similares o la misma situación otra vez estará en un estado de conflicto, aunque no se ve el conflicto como una consecuencia inevitable sino como una posible consecuencia.

Cuando el conflicto surge, la reacción potencial incrementada tratará de vencer el impedimento (Yates, 1982). Existe en la actualidad -desafortunadamente para algunos- poca información seria con respecto a la frustración, debido probablemente al poco interés que han tenido algunos psicólogos de habla hispana de tocar este tema tan importante y por la mayoría de teorías disímiles referente al fracaso humano.

Pero Viamonte (1991), en una revisión somera sobre el tema, y por cierto de los más actuales, dice que es más fácil sentir que definir la frustración. Dice que es un sentimiento, un estado de ánimo negativo

que experimentamos cuando ocurre lo contrario de aquéllo que esperábamos o deseábamos, o cuando nuestras expectativas rebasan lo que efectivamente ocurre. Nace de deseos bloqueados, de conflictos internos u otros problemas no resueltos. Tanto el alcance como el número de frustraciones posibles son inmensos.

Pueden ser triviales como mojarse inesperadamente bajo la lluvia o tan profundas e importantes como perder a la pareja, por cualquier razón, después de muchos años de matrimonio (punto importante a analizar). Dice Viamonte (1991) que vivimos con fantasías y sueños, según los cuales otras personas (reales o imaginarias) aparecen como más atractivas, más fuertes, más poderosas, más exitosas, más importantes y quizá más felices que nosotros.

Muchos sufren profundamente por querer ser lo que no son, por desear tener lo que no tienen, hacer lo que no han hecho o no se atrevieron a hacer. El "descontento" con uno mismo se presenta a cualquier edad. El fuerte deseo de ser lo que no somos puede generar una ansiedad intensa, ésta a su vez puede provocar enfermedades mentales o físicas las que, fuera de control, pueden ocasionar la muerte (por eso planteo que la alucinación tiene una gran correlación con el conflicto y, por ende, con la frustración).

Y mencionando la frustración de pareja, que es una frustración muy recientemente abordada y cuyo fin moderno es el divorcio y la separación, Lair (1988) dice que la mayoría de las personas no comprende sus propias compulsiones. Todos son muy buenos para percibir la de los demás, pero fracasan cuando tratan

de ver las propias. Se originan a partir de obsesiones y éstas son las raíces internas.

Una obsesión -según Lair (1988)- es el deseo de impresionar a los demás, de querer que piensen bien de uno y de tratar de rebajarlos para encontrarse en lo alto. Dice que en "el corazón" de una persona hay "amargura, frustración y enojo" porque no obtuvo publicidad ni reconocimiento. Hay personas que suceda lo que suceda, se lo guardan todo. Se preocupan constantemente: "¿porqué se me queda mirando la gente? ¿están hablando de mí? ¿qué es lo que estoy haciendo mal?. Y todo se lo reserva y le corroe el estómago; entonces empieza a padecer de úlcera y sangra hasta morir.

La compulsión que se emplea para ocultar el dolor llega hasta el punto de convertirse en algo más grande que uno mismo y empieza a escaparse del control de uno mismo (probablemente éste sea el punto que apoye la "proyección" alucinatoria). Entonces se va a parar al alcoholismo, las drogas o encerrarse en el trabajo (Lair, 1988).

Hay muy pocas personas que se sienten completamente felices con la forma en que fueron creadas. La mayoría tiene alguna o muchas cosas que no puede soportar y que trata de cambiar cuanto antes. Y el dolor, la tristeza y el temor que experimentan está escrito en sus rostros (es por eso que algunos esquizofrénicos hacen muchos gestos). El mensaje interno es: "Mundo, concédeme lo que quiero, mundo, apártate de mi camino, gente, no quiero que nadie me toque, que nadie perturbe mi yo tan egoísta". El mensaje más sano debería ser: "si no voy a ser Dios,

entonces no tengo necesidad de ser perfecto, porque lo único absolutamente perfecto es Dios".

Las personas que se quejan de sus problemas, no se refieren a los sentimientos honestos acerca de ellos mismos, ni de la forma en que piensan acerca de otra persona (Lair, 1988). Todo este contenido ocurre muy frecuente en la relación "simple" de pareja.

A manera de apoyo de lo anterior, Castells (1999) dice que cuando nos enamoramos, solemos ver en nuestra pareja toda suerte de virtudes y cualidades positivas, que en realidad acostumbran a no estar presentes o lo están en grado menor de lo que imaginamos. Proyectamos en el otro todas las virtudes que fervientemente deseamos que tenga y, a fuerza de proyectarlas (en nuestra imaginación por supuesto) acabamos creyendo que realmente las tiene aunque sea pura y simple realidad virtual.

También influye en la elaboración de esta "percepción" -muy distorsionada en algunos casos- la propia relación de noviazgo, cuya naturaleza puede ser engañosa desde el comienzo, ya que cada uno de los integrantes de la pareja se conduce bien y trata de ser agradable, solícito y simpático para echar adelante la relación.

Así pues, cada uno de nosotros nos convertimos en eficaces vendedores de nuestro propio producto, tratando de decir y hacer cosas que realcen nuestro atractivo personal (esto podría tener relación con la utilización de neologismos por los esquizofrénicos en el sentido de estar tratando de realizarse y "venderse" así mismos).

No obstante, a menudo "nos pasamos" a la hora de crear en el otro expectativas no realistas, que más

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tarde en la práctica cotidiana no podrán cumplirse, con la consiguiente decepción de nuestra pareja (Castells, 1999). Por su parte, Castillo y Cortés de Castillo (1999) dicen que aprendemos a vivir cuando tenemos conciencia que todo es relativo. Prueba de nuestra madurez es precisamente la certeza de que lo único seguro es la incertidumbre. Descubrimos entonces la cruda verdad de que siempre hemos estado solos y que nuestro destino depende de lo que hagamos o dejemos de hacer.

Un plan de vida es imprescindible para llegar donde deseamos a lo largo de nuestra existencia. El plan de vida nos proporciona lineamientos generales con los cuales nos ejercitamos en los escenarios que visualizamos y de esta forma nos preparamos para concentrar nuestros esfuerzos y de la manera mas expédita y menos dolorosa alcanzar los objetivos.

El estilo de cada quien para afrontar las tareas que le imponen los diversos ciclos está en función de su conformación biológica, sus tempranas experiencias infantiles, la socialización, experiencia acumulada y las relaciones familiares. Todos tenemos alguna idea del mundo y de nosotros mismos. Estas creencias básicas las aprendimos desde niños. No obstante que permanecen ocultas en nuestro interior, gobiernan gran parte de nuestro comportamiento. Lo que somos hoy es consecuencia de tempranas decisiones que hicimos antes de los cinco años de edad cuando teníamos escasa capacidad de discernimiento.

Pero sea cual sea la decisión y las influencias a que hemos sido sometidos en la infancia, será el propio niño quien decida su futuro, pues solo él tiene el poder para aceptar o rechazar la realidad y decidir

la conveniencia de dejarse atrapar en los acontecimientos desdichados, o bien, modificarlos en beneficio suyo y de los demás. La vida vale la pena vivirse, no obstante que en ocasiones nos encontremos deprimidos y preocupados (Castillo y Cortés de Castillo, 1999).

#### 4.3 Logro de metas

Recientemente han salido publicadas las obras de Alex Dey, un conferencista latino que ha impactado con su precisa elocuencia a muchas personas en este interesante siglo XXI lleno de nueva luz y sonido. Lo que propone Alex Dey (2001) es que el individuo se comporte ya como un triunfador, que encamine sus objetivos hasta el logro de sus más deseadas metas y que con fé, entusiasmo y entrega en sus actividades diarias logre conseguir una mejor forma de vida y de mayor contenido.

El hombre, a su parecer, no debe dejarse llevar por la circunstancia ni por sus sentimientos, sino que debe trazar un plan definido y proponerse cumplirlo a la menor brevedad posible. Dice que lo fundamental es tener motivación, o sea, un motivo tan grande como para saltar de la cama todos los días y vivir con pasión, lo que lo hace un ser extraordinario. Un ser extraordinario es un ser ordinario que hace algo extra que los demás no hacen. Un ser sin límites es aquél que elabora una lista de cuáles son sus más grandes limitaciones y se pone a trabajar en superar una a la vez.

Dice que uno debe pensar lo que los triunfadores piensan y hacer lo que los triunfadores hacen (Dey, 2001). Sin embargo, para alguien que está pasando por un conflicto serio o quien desde niño se ha visto enfrentado a una problemática muchas de las veces sin resolver, el ser triunfador es tarea nada fácil, pero si es una receta sencilla de la manera en que al que alucina se le debe orientar, examinar y detectar en él los obstáculos que impiden su progreso emocional y físico, que está deteriorando su percepción.

En el análisis funcional y en la primera entrevista, el psicólogo se da cuenta de que la persona que alucina ha perdido sus objetivos principales, ha perdido la fé, el entusiasmo y se deja conducir por las circunstancias y sentimientos, esto es, vive en un conflicto, en el sentido de no poder elegir qué respuesta es la adecuada entre dos alternativas presentes para solucionar un problema que requiere una gran seriedad.

El temor y los miedos se personifican, se hacen de "carne y hueso" y el individuo siente que tiene que enfrentarse a ellos y que los está viendo tal cual son. Y mucha de la culpa lo tiene la familia cuando ésta no está debidamente organizada o reprime con castigos severos o sencillamente no deja ser. Secher (1980) afirma que todo nuestro bienestar y progreso derivan de las herramientas mentales con que estamos dotados y de nuestra capacidad de utilizarlas adecuadamente. La gran mayoría de la gente, dice, está llena de temores en su mayor parte imaginarios, de preocupaciones y de ansiedades sin sentido.

Está obsesionada con sus propias limitaciones imaginadas. Se aferra a sus medios familiares aún cuando esos ambientes engendren pobreza, enfermedad y desesperación. Con ello se entregan a un destino similar. Sólo podremos sacar de la vida lo que metamos en ella, lo que enviemos delante de nosotros. Andamos en el camino que nuestros pensamientos han preparado. El patrón de nuestros hábitos es la causa directa del nivel de realizaciones y satisfacciones en que vivimos (Secher, 1980).

Y ¿cuántos de nosotros no quisiéramos conseguir las metas que nos hemos propuesto? ¿quién no pone algo de su parte para lograr sus más valiosos deseos y alcanzar así el éxito? Un éxito, definido como lograr una meta, o dos o más, según nuestros propósitos. Y la gente que está pasando por un conflicto es porque su meta no está bien definida o porque el logro de metas no le es tan fácil de conseguir, a causa de obstáculos que principalmente se pone él mismo o que "detecta" en el ambiente.

Sobre esto, Korda (1983) dice que la mejor manera de lograr el éxito consiste en empezar por proponerse un objetivo razonable y realista y alcanzarlo. Si el individuo apunta hacia algo que está fuera de su alcance, lo más seguro es que fracase. Es también, dice, muy importante acostumbrarse poco a poco a triunfar y para comenzar nada mejor que triunfar en alguna cosa pequeña por pequeña que sea, cada día, aumentando gradualmente el nivel de las ambiciones y logros como un atleta que se entrena y empieza corriendo pequeñas distancias para alcanzar al cabo niveles olímpicos (Korda, 1983).

El individuo va a saber que ha alcanzado su meta si ha sido capaz de dar ese paso más allá, ya sea en dinero, fama o logros concretos, de lo que jamás soñó que fuera posible. Rara vez se logra triunfar en la vida sin un tipo de lucha. En la mayor parte de los casos se necesita muy poco talento para triunfar, pero es vitalmente importante aprovechar al máximo el que se tiene. No se debe descartar ninguna de las habilidades y talentos pues pueden ser útiles algún día.

El deseo de triunfar, el firme propósito de lograrlo y un buen sentido de la oportunidad son los denominadores comunes del éxito, y son mucho más importantes que cualquiera de los otros factores. Ha sido una ventaja el haber nacido dentro de una familia de profesionales con título universitario por el hecho de estar un poco más preparados para entrenar a sus hijos con una perspectiva de mejor estatus y contenido.

El éxito resulta más fácilmente accesible a quienes tienen la suerte de pertenecer a esa pequeña minoría de hijos de jefes y patrones; para aquellos cuyos padres son presidentes de alguna compañía, las posibilidades son sorprendentemente altas desde un punto de vista estadístico de heredar su puesto algún día. Es realmente notable comprobar cuánto mejor es permanecer en una misma empresa que cambiar de empleo, más del 80% atribuyen su éxito a su "larga experiencia en la compañía" y sienten como algo muy positivo el haber sido "leales" a la empresa (Korda, 1983).

No obstante, en forma por demás increíble, las personas que han tenido éxito en la vida provienen de

familias humildes y tienen un gran récord de obediencia y puntualidad, talentos propios de este tipo de personas; además, tienen un alto rango de creatividad positiva que les ayuda a ser cada vez más perfectos en su vocación y deseos.

#### 4.4 La relación de la alucinación con la TCC

Hacer un vínculo general con lo antes expuesto es tarea nada fácil. Sin embargo, pueden señalarse algunas cosas importantes que deben ser puestos en consideración por tratarse este estudio de revisar lo que anteriormente había propuesto Lanteri-Laura (1994) y proponer también escribir sobre el tema bajo el escrutinio de la teoría cognitivo-conductual y tratar de ceñirse lo más posible a dicha aproximación científica, por ser la que más considera el punto de vista conductual y cognitivo de algunos trastornos mentales que tanto han impactado a aquellos investigadores no muy bien sabedores de esta alternativa de análisis teórico.

La alucinación, contemplada siempre bajo la dependencia esquizofrénica, no había podido aislarse como un fenómeno aparte de dicho trastorno y la expectativa de su estudio se contemplaba desoladora e infructuosa, dado que nadie se había atrevido, hasta ahora, de estudiarla bajo el espíritu progresista conductual. Es por ello, que el presente esfuerzo es para tratar de lograr esto último con ánimo de que nuevos investigadores se den a la tarea de mejorarlo.

Revisar el aspecto del conflicto, la frustración y logro de metas parece contradecir la perspectiva

cognitivo conductual (y de hecho, el siguiente capítulo habla de otro punto de vista muy diferente), pero no es real dicha perspectiva dado que, para algunos, la teoría cognitivo conductual ha sido superada por una nueva teoría también surgida del conductismo y es aquella del constructivismo, de la cual no se abordó por ser algo muy diferente y con terminología un poco más complicada para el lector común y no tan usual para el psicólogo clínico.

Pero, cabe decir, que el conflicto, la frustración y el logro de metas se han observado experimentalmente y se siguen analizando mediante los investigadores conductistas radicales que piensan que el único ambiente válido es la caja de Skinner y no implican la parte humana más allá de lo propuesto por el propio Skinner y del psicólogo social Bandura, pero la teoría cognitivo conductual ha utilizado mejores herramientas metodológicas para el estudio de la conducta humana y aporta, hasta el momento, innumerables beneficios para la salud del hombre.

Por otro lado, la formación del psicólogo en pleno siglo XXI sigue muy confusa porque no se ha llegado a un acuerdo uniforme en cada continente y aún mismo en México para estandarizar el punto de vista general de una psicología científica, humanista y epistemológicamente más global de la conducta humana, a tal punto, de que hay personas que quieren reducir el fenómeno de la alucinación a aspectos religiosos o místicos, a leyendas y casos aislados y eso retrasa el gran esfuerzo que se ha desarrollado en esta área de la psicología desde el tiempo incipiente de Pavlov hasta las propuestas más genéricas de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Mahoney, Meichenbaum, Caballo, Labrador, Carrobbles, Macia y Fernandez-Ballesteros.

Este grupo de ilustres psicólogos cognitivos han llevado adelante el análisis funcional del caso y han utilizado un sinfín de técnicas terapéuticas que son muy sencillas de aplicar y medir y de lo cual me siento orgulloso de pertenecer a esta generación "SigloXXI" de psicólogos humanos y, por que no, experimentales.

La vasta información que se ha generado acerca de la aplicación de la TCC no deja de sorprendernos y da gusto saber que todo análisis de conducta ha sido bien acogido por profesionales del comportamiento que saben qué teoría es mejor y por ende, les produzca mejores dividendos.

La alucinación es sólo uno de tantos fenómenos encerrados por viejas teorías de sujeción empírica y de la cual la TCC, posiblemente desde ahora, proclama su liberación y exige, de algún modo, se liberen otros fenómenos clínicos que han pasado por este "encierro" durante generaciones. Queda sólo en manos de nuevos psicólogos de la TCC llegar al punto de establecer nuevas directrices y esfuerzos conjuntos. La alucinación, entendida como un conflicto va ser punto de partida para llevar a cabo nuevas propuestas de cambio teórico (y en algunos casos curricular).

La frustración, por ejemplo, nunca había sido tratada más allá de la teoría frustración-agresión y ahora parece ubicarse mejor dentro de la TCC como un canal nuevo de comunicación y ley científica. El logro de metas siempre ha sido tema de conferencistas improvisados, pero ahora va a ser un punto obligatorio para analizar a la alucinación en su ambiente real de

producción en el comportamiento humano. Sólo resta diferenciar otros fenómenos, relacionarlos con la alucinación o estudiarlos en forma aislada en su momento más propicio para ello.

## CAPITULO 5.

### Otra teoría interesante

#### 5.1 La teoría de la sombra

Para Mankeliunas (1999), etimológicamente, teoría significa visión racional de una parte de la realidad o de toda ella. Para la ciencia, teoría es una construcción racional de un área o de toda la realidad. Todo conocimiento científico consta de un cúmulo de datos empíricos verificados en forma objetiva o por lo menos intersubjetiva y de una construcción racional que expresa la coherencia y la estructura interna del mismo conocimiento.

Teoría no es otra cosa que una descripción resumida de los hechos observados en la realidad, es un símbolo útil porque resume en pocos conceptos y postulados la realidad estudiada. Cada teoría, definida según su constructo, es válida dentro de su propio campo, y de ninguna manera se pueden intercalar las explicaciones de dos teorías, porque el mismo lenguaje tiene diferentes significados (Mankeliunas, 1999).

La llamada teoría de la sombra cae en este punto pues se trata de una teoría que no es conductista, pero es muy interesante, dado que nos habla de esa persona "imaginaria" a quien nos dirigimos en la alucinación y no se trata más que de uno mismo y de la forma en que el conflicto interno juega un papel importante en su expresión corporal. Esta no es una teoría propiamente nueva, pues parte del punto de vista

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

junguiano, y por ende, tiene una influencia altamente freudiana. Pero al estar redactando el presente estudio, tuve la fortuna de encontrarme con esta teoría de la cual extraje lo que consideré mejor para publicarla en este capítulo. La teoría de la sombra (Zweig y Wolf, 2000) dice que todos somos como Dorian Gray.

Queremos mostrar al mundo una conducta amable y correcta, una imagen juvenil e inteligente. De esa forma, inadvertida pero inevitablemente, sacamos de nosotros mismos las cualidades que no convienen a nuestra imagen, que no aumentan nuestra autoestima ni nos permiten vivir con orgullo sino que por el contrario, nos producen vergüenza y nos hacen sentir pequeños (Zweig y Wolf, 2000).

Como el retrato de Dorian -dicen estos autores- esas cualidades cobran vida propia y dan origen a un gemelo invisible que vive detrás de nuestra vida, o al lado, pero que nos es completamente extraño. Ese extraño que recibe el nombre de sombra, es nosotros mismos y a la vez no lo es. Oculta a nuestra conciencia, la sombra no forma parte de la imagen consciente que tenemos de nosotros mismos.

Por eso sentimos que se muestra en forma abrupta, que aparece de la nada, en conductas que van desde chistes atrevidos hasta abusos (esto podría tratarse de esos sentimientos que hemos expresado al terapeuta, pero que no expresamos con sinceridad) abrumadores. Cuando surge, se la siente como un visitante que no es bienvenido y nos deja avergonzados y hasta mortificados. Por ejemplo, cuando un hombre que se considera un esposo responsable y el sustento de su familia siente de pronto un deseo de libertad e

independencia, es su sombra la que se expresa (con esta frase podriase demostrarse mi observación) (Zweig y Wolf, 2000).

La persona del individuo, la máscara que muestra al mundo, se separa de la sombra, el rostro que esconde del mundo. Vivir con conciencia de la sombra significa encaminarse hacia los pensamientos desagradables, las fantasías ocultas (en las cuales creo también en su existencia), los sentimientos marginales, que son un tabú. El vislumbrar la evasiva sombra amplía nuestra conciencia para que abarque un panorama más amplio acerca de quienes somos. Nos permite calmar las emociones negativas que contaminan nuestras relaciones de amor y establecer una intimidad más auténtica.

Abre también el depósito de la creatividad en el que nuestros talentos se mantienen ocultos y fuera de nuestro alcance. Una mayor conciencia de la sombra puede llevar a una mayor moralidad. Debe verse a la sombra como un misterio, no como un problema que hay que resolver o una enfermedad que debe curarse (aunque como buenos terapeutas sabemos que no se trata de ningún misterio) (Zweig y Wolf, 2000).

Y se podría hablar más sobre esta curiosa teoría de la sombra, que enmarca bien el hecho de que en todo momento ocultamos completamente nuestras verdaderas intenciones y pensamientos y presentamos al mundo lo que el mundo quiere ver, oír, tocar y sentir, y surge entonces una máscara que nunca expresará lo real (y sobre ella hablaré en el siguiente punto). Sin embargo, podría decirse de la sombra que oculta sentimientos que nos producen molestia, el odio, la rabia, los celos, la avaricia, la competencia, la

lujuria, la vergüenza y aquellas conductas que condena la cultura, la adicción, la pereza, la agresividad, la dependencia, creando así lo que podría llamarse el contenido de la sombra.

La sombra no quiere salir de su escondite. Actúa en forma indirecta, agazapada tras un mal humor o un comentario sarcástico. Ellos están de acuerdo en que la mente es peligrosa como un tigre enjaulado (Zweig y Wolf, 2000).

Si le abren la puerta va a tener pensamientos crueles, inhumanos (y creo que si es cierto, pues se han visto muchos casos de padres violentos, traicioneros y crueles, por ejemplo, aunque hay hijos aún más "peligrosos"). También que el cuerpo es salvaje, como una bestia indomable. Si se lo deja suelto, hará cosas terribles, perversas y agresivas. De la misma manera en que nos alejamos de los hechos sombríos de nuestra vida, volvemos a acercarnos más tarde por curiosidad, obligados de alguna extraña manera a tratar de entender el lado oscuro de nuestra naturaleza.

Una mayor conciencia de la sombra puede llevar a una mayor moralidad. La sombra personal puede contener cualquier cosa prohibida o tabú, cualquier cosa que dé vergüenza, según la educación cultural, familiar o parental. Por ejemplo, los propugnadores de una cultura podrían elogiar la acumulación de riqueza, quizá hubiera una familia en particular que alabara el ídolo del dinero, pero podría haber otra que despreciara cualquier muestra de avaricia (Zweig y Wolf, 2000).

Así vemos que el dinero llega a tener un valor sagrado para algunos e inmoral o de vergüenza para otros. Esa diferencia tiene numerosas implicaciones sobre la forma como se invierte el tiempo, se busca trabajo, se elige pareja y se experimenta el valor propio. De igual manera, una familia que desaprueba la habilidad atlética puede forzar a un atleta natural a estudiar Derecho y así hacerle desterrar su don y mandarlo a la sombra.

De esta forma, las conductas y sentimientos auténticos, tanto positivos como negativos, quedan en la sombra, pero reaparecen más tarde distorsionados, en forma de rabia, adicción, depresión, abuso o envidia, que rasgan la tela de nuestras preciadas relaciones. La sombra es el "cuarto oscuro" en el que se encuentran nuestros sueños e imágenes.

Es contenido de la sombra la parte problemática de nosotros mismos: una bruja, un sádico, un saboteador, un mentiroso, una víctima, un adicto. También esos talentos latentes e impulsos positivos que desterramos durante la infancia: un músico, un poeta, un pintor o un atleta (Zweig y Wolf, 2000). Es un hecho que la propia cultura condiciona cada uno de los estímulos sociales que están presentes en el ambiente en que se desarrolla conducta y exige determinada respuesta estereotipada para ser reforzada. Entonces el individuo, por lo común, elige una conducta que por lo menos se aproxime a la deseada y recibe el reforzamiento, pero esta situación no es tan simple ni tan lineal, pues el sujeto también tiene una conducta cognitiva por medio de la cual expresa sus sentimientos y percepciones de la situación y no

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

puede expresarla porque está prohibido hacerlo de acuerdo a la cultura prevalescente.

Entonces, esconde su verdadero rostro, sus verdaderas palabras y pensamientos y se "vuelve hacia sí mismo" con su vida de mentira y engaño.

Esta teoría de la sombra explica de una manera poco científica, cierto, pero muy precisa, la forma en que esos pensamientos e ideas irracionales del individuo van a crearle un conflicto y si no lo resuelve debidamente va a llegar el momento en que alucine oyendo voces o en caso más grave, que vea alguna escena o personaje inexistente, todo de acuerdo al tiempo y profundidad de respuesta que vaya transcurriendo desde el problema en sí.

Claro que esto no es siempre; por eso cuenta mucho el análisis funcional del caso y la entrevista preliminar para darse cuenta de la sensibilidad "extrema" del paciente.

## 5.2 ¿Cuál es esa máscara?

Una máscara puede definirse como una figura de cartón, tela o alambre con que una persona puede taparse el rostro para no ser conocida o para otros fines. Esta figura voluntariamente la persona se la pone para que no se vean sus gestos, expresiones y hasta para ocultar el aliento. Pero la pregunta es: ¿cuál es esa máscara?. Una máscara que puede ser usada tanto en forma positiva como negativa de acuerdo a la situación en que ocurre la puesta.

Y de aquí se podría decir que en el momento en que un individuo se comporta ante otra, una máscara está

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

disponible para ello: una máscara intangible. Podría decirse también que se trata de una máscara cognitiva, pues lo que oculta no tan sólo es el rostro físico, sino lo que expresa en realidad ese rostro, los pensamientos y las ideas del individuo en cuestión. Pero, ¿el porqué del uso de esa máscara intangible? Sencillamente, porque las normas sociales de occidente y de algunas partes de Europa, Australia y Asia, no es permitido el usarla físicamente.

Aunque bien sabemos que en la mayor parte de África, la máscara es genuinamente física o por lo menos pintada en el rostro y aún no se sabe con seguridad si el propósito sea el de ocultar el pensamiento y las ideas o alguna percepción. Generalmente, en Africa, es por gusto y herencia cultural.

Pero, en occidente, ¿porqué usar una máscara intangible? Posiblemente, la respuesta esté en el uso desmedido de capital y la forma en que se consigue este capital, ya que se ha demostrado que necesidades tanto como de sueño, sexo y alimentación, no han tenido tanto impacto como el de tener o no tener dinero, tener o no tener propiedades o poder.

Un caso claro ha sido en estos momentos el llamado terrorismo, cuyo objetivo básico no tan sólo es dinero, sino poder ilimitado a base de violencia, terror y miedo. Sin embargo, esto que parece tan global y político, contempla también la parte individual en que determinada persona usa una máscara intangible por el sólo hecho de lograr sus objetivos, sus metas más valiosas y porque las normas se lo exigen.

Con respecto a la alucinación, el que alucina ha usado por lo menos una vez esta máscara intangible. La ha cuidado con esmero de presentarla a los demás y que los demás no la vean. Se comporta condicionalmente en las situaciones pero su realidad es otra, su origen es otro, su vida, su talento y sus expresiones. Biológicamente, algo puede estar alterando su comportamiento de tal forma que influya en su comportamiento con los demás, pero no lo suficientemente justificable para que use una máscara intangible y secreta.

Clinicamente, el individuo que la usa no ha expresado al terapeuta lo que verdaderamente siente, percibe y cree y esto detiene en forma un tanto brusca la curación. El individuo cree (según sus ideas irracionales) que puede engañarse a sí mismo y más evidentemente a los demás, pero tarde o temprano será descubierto, cuando no controle más su conducta, sus pensamientos y sus creencias.

El que alucina generalmente ha sido descubierto, reprobado y relegado. Ha pagado con creces el haber respondido con mayor veracidad y validez a las situaciones y preguntas. Ha tenido que retirarse del grupo en que se encontraba dialogando y comportándose, para caer en un abismo sin fondo, sin ayuda ni destino. Y entonces, en este conflicto de sentirse descubierto, alucina, oye voces que le quieren perjudicar y le reprochan su acción y es cuando se queda estático, paralizado, sin movimiento alguno.

Y es en ese momento de estar estático donde su conducta se confunde con la esquizofrenia, sin tenerla toda realmente, y llega al punto de ser recluido en algún hospital cercano. Pero ¿porqué esa máscara? Por

el sólo hecho de que una máscara no vale nada, es gratis, y la puesta no requiere gran instalación y es cómoda en algunas ocasiones aunque en realidad sea mucho el "calor" que se siente por dentro.

O bien, el que alucina no expresa abiertamente aquello que le molesta, que le duele, que le desagrada a lo sumo, y llega un momento de tolerar tanto su verdadera conducta de pensamiento y de ideas irracionales, que llega a "desbordarse" dicha conducta en otra conducta transformada y se oye a si mismo, ve diferente a los otros y cree en otras ideas aún más irracionales.

Aunque Shklar (1990) no es precisamente un psicólogo conductual, pero comenta en forma muy importante lo que es ese ocultamiento de verdadero pensamiento, que se le llama comúnmente "hipocrecía", y dice que un ejemplo de ella más cercano, es cuando los militares hablan acerca del honor, son doblemente hipócritas. Hablar de honor para ocultarse a si mismos el hecho de que los soldados son simples carniceros y para justificar sus complacencias sociales.

Sostienen que esto es para bien siempre que prevalezcan sus viejas costumbres, aún cuando éstas sean demostrablemente observadas (Shklar, 1990).

Originalmente, hipocrecía significó desempeñar un papel en el escenario. Lo procedente es adoptar una falsa apariencia de virtud o de bondad, con disimulo del verdadero carácter o inclinación, especialmente con respecto a la vida o la creencia religiosa.

Hay muchos tipos de hipócritas, pero el hipócrita religioso es el primero y el más antiguo de todos. Glosando sus errores ante si mismo e inventando

interminables tretas, en realidad trata "de taponar los ojos al Todopoderoso". El hipócrita moral es muy parecido. Simula que sus motivos e intenciones y su carácter son irreprochables cuando bien sabe que son dignos de censura. Además, esto produce satisfacción y orgullo de sí mismo (aunque estos términos empleados sean del sentido común, literalmente es lo que expresan los pacientes en la clínica). Todo intento de ocultar nuestros sentimientos, toda formalidad social, papel o ritual, y hasta no reconocer nuestro propio carácter y nuestras posibilidades, son consideradas como actos de hipocresía o traición a sí mismo (Shklar, 1990).

Aquí, el hecho mismo de desempeñar un papel es radicalmente condenado. No es difícil mostrar que los políticos a menudo están más interesados en el poder que en ninguna de las causas que tan ardientemente proclaman. Por tanto, es más fácil denunciar el carácter de un adversario exponiendo su hipocresía, que demostrar que sus convicciones políticas son erróneas. Estos hábitos del combate ideológico fueron heredados de las controversias religiosas.

El arte de desenmascarar a nuestros adversarios siempre fue el arma favorita en las guerras de religión. Todas las sectas se acusan unas a otras de hipocresía y el anticlerical nunca podrá ver más que hipocresía en el predicador. La fe simulada es una sombra obsesionante para todo "espíritu" verdaderamente religioso.

El afán de perfección religiosa es interminable y la demanda de mayor fidelidad es aún más exigente (Shklar, 1990).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, cuanto más estrictos son estos requerimientos de la fe, más probable se vuelve la simulación, verdadera o imputable. Pero la única arma contra ella es insistir en esfuerzos cada vez más grandes, lo que a su vez fomentan el vicio mismo que se trata de extirpar (Shklar, 1990). Sobre esto, quedaría para el terapeuta profundizar en las llamadas conductas encubiertas y tratar de que el individuo reporte un poco más profundo sobre ellas para considerar realmente la veracidad de lo que afirma.

Es una fortuna que la TCC tenga técnicas especializadas para saber un poco más de los verdaderos pensamientos e ideas del paciente en comparación con otras técnicas de la conducta donde se exagera lo que verbalmente dice el sujeto y otras son demasiado superficiales en su propósito. Conviene pues al psicólogo en ciernes, prepararse más en estas técnicas y estar siempre mejor actualizado en su aplicación adecuada sobre todo en un caso de alucinación, por ejemplo

## CAPITULO 6.

### **Las alucinaciones interventoras: una sugerencia de su estudio**

#### 6.1 La alucinación y la anorexia nerviosa

Se ha vuelto un problema el hecho de que se tenga un cuerpo "armonioso y seductor" en el sentido de que se trata a toda costa de que la gente permanezca delgada y sin la mínima expresión de grasa corporal. Esto que suena tan sano ha traído una debilidad corporal y una base inmunológica muy deteriorada.

A decir verdad, los cuerpos no lucen ni bellos ni agradables, ya que sólo se nota un cuerpo famélico y poco nutrido. En las mujeres y hombres modelo se sabe que nunca dejan de comer sino por el contrario comen más adecuadamente los alimentos de acuerdo a su estatura y complexión y nunca parecen enfermos o carentes de la suficiente energía para su trabajo tan agobiante.

El profano, el que no sabe bien la manera en que toman la dieta estas personalidades del espectáculo, creen que con dejar de comer van a conseguir el mismo cuerpo y llegan al punto de provocarse el vómito después de haber comido con la única condición de haber paladeado sus alimentos.

Error tras error, la distorsión perceptual de sus cuerpos es alucinatorio, porque ellos se perciben a si mismos como un cuerpo "soñado" cuando en realidad tienen una conducta autodestructiva y muy poco sana. Gutiérrez Ventura (2000) explica esto diciendo que

hoy en día existen un sin fin de enfermedades propagadas por todo el mundo y que son físicas, psicológicas como culturales, debido a que el individuo en su inercia individual y cultural se ha vuelto "más exigente" consigo mismo y con el mundo en general.

Las exigencias de la vida y nuestro andar día con día nos marcan parámetros los cuales debemos cumplir olvidándonos muchas veces de nosotros mismos; una de las tantas enfermedades existentes en el mundo que abarca tanto el ámbito psicológico, cultural y social, es la psicopatología alimentaria entendiéndolo o definiendo a estos trastornos alimentarios como problemas psicológicos que comportan grandes anormalidades en el comportamiento de la ingesta.

Una de las características esenciales de la anorexia nerviosa es que se presentan cambios cognitivos, relacionados con el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo, a la vez que las anoréxicas suelen presentar baja autoestima, angustia, pensamientos supersticiosos y una alteración de la imagen corporal (que llega a la alucinación), donde estas pacientes a pesar de su extrema delgadez se siguen viendo gordas, sobreestiman su tamaño e incluso se pueden percibir como deformes.

Después de esto, se presentan cambios conductuales, que por lo general inician a partir de cambios en el patrón de la ingesta, comienzan a evitar las comidas, las reuniones sociales, existe una manipulación de la comida, tienen excesivo conocimiento del contenido calórico de los alimentos, utilizan ropas holgadas, se cubren excesivamente aún

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

cuando haga calor, entre otras cosas. Y por último, los cambios físicos, ya que a partir de la falta de energía -resultado de la inanición o restricción alimentaria- y de otras conductas inadecuadas en cuanto a la ingesta, se generan diversos síntomas tales como la malnutrición, disminución del gasto energético, disminución de la temperatura corporal, entre otros (Gutiérrez-Ventura, 2000).

En cuanto a la bulimia nerviosa, se puede decir que las pacientes presentan los mismos cambios a manera general, aunque con ciertas diferencias, es decir, en cuanto a cambios cognitivos, presentan una preocupación extrema por la forma y el peso corporal, un temor mórbido a engordar, inestabilidad afectiva, ansiedad, depresión, culpa, además de que algunas manifiestan una capacidad muy histriónica. En tanto que los cambios conductuales, suponen que dado el seguimiento de una dieta de tipo restrictivo, se produce una gran necesidad de ingerir hidratos de carbono en poco tiempo y tener una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos, así también, se presentan conductas compensatorias como la provocación del vómito o el uso de sustancias como diuréticos o laxantes.

Un factor primordial y básico de los trastornos alimentarios es la imagen corporal, la cual es considerada como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Gutiérrez Ventura, 2000).

La imagen corporal implica perceptualmente imágenes (que en su severidad se trata de alucinación) y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente supone una

concentración de la atención en el cuerpo e informaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal y por último, emocionalmente involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción, así como otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa.

Y Gutiérrez Ventura (2000) sigue definiendo muy preciso esta conducta tan de moda, al decir, que, por otro lado, la insatisfacción corporal se puede definir como la distancia entre la realidad y la idealidad del cuerpo. El individuo ha de luchar contra la necesidad biológica para complacer a la psicológica. Surge principalmente en mujeres jóvenes solitarias que no echan de menos la compañía de los demás, con relaciones interpersonales poco desarrolladas o nulas, lo que favorece la obsesión por el peso y los alimentos (aquí puede contemplarse un conflicto afectivo muy personal) (Gutiérrez, Ventura, 2000).

El inicio de la anorexia se presenta con la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo, de tal forma, que lo que pudo parecer normal hasta cierto momento, posteriormente puede transformarse en una distorsión cognitiva. La anorexia nerviosa se caracteriza por pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura.

Presentan un rechazo al propio cuerpo. Evitan situaciones donde la comida se plantea como obligación o tentación y ocultan sus problemas (Gutiérrez Ventura, 2000). Esta alteración de la conducta está muy asociada con la alucinación en el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sentido de que el individuo está percibiendo algo que no es real, un cuerpo distorsionado, un cuerpo sumamente grasoso, cuando en realidad lo que les falta es tener por lo menos buena apariencia física de un cuerpo bien nutrido y ejercitado. Por otro lado, la mayoría de las veces es una gran falta de entusiasmo por hacer ejercicio corporal o por el contrario como resultado de un ejercicio excesivo y rutinario

## 6.2 La alucinación y el Sida

Lobato Carbajal (1998), joven psicóloga, hace mención del autoconcepto que existe en personas contagiadas con el Sida o VIH y explica de manera detallada la forma en que esta enfermedad ha evolucionado a través de la última gran década en el continente americano y como ha afectado a mucha gente en sus relaciones interpersonales, dado que un paciente con Sida, será completamente rechazado por la sociedad dado que nadie quiere morir por tener algún contacto con dichas personas.

Ella dice que la parte delicada de la interacción de los grupos se da, en términos de salud, cuando un individuo es rechazado al ser víctima de un padecimiento. Esto ocurre en nuestros días y aún cuando puede estar impregnado de gran cantidad de creencias erróneas, el efecto del impacto emocional no deja de afectar al enfermo y al entorno de gente. Este -dice- es el caso de enfermedades venéreas como el SIDA, el cual desde su aparición nos ha demostrado no sólo tener efectos devastadores en el aspecto orgánico, sino facilitar gran cantidad de tensión,

rechazo y desventura para el enfermo y sus allegados (Lobato Carbajal, 1998).

Un tratamiento psicológico tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida del individuo. Ser portador del VIH representa en los afectados una reacción catastrófica lo cual pone a prueba su integridad psicológica y de esta integridad dependen su capacidad para afrontar la crisis; el mantener una etapa de transición y establecer una resolución ante esta crisis, a la cual, indiscutiblemente le llegará la muerte.

Se crea una situación depresiva en el paciente (probablemente aquí empiece su conflicto), además de un profundo sentimiento de culpa por la posibilidad de contagiar a gente de su grupo y en la que se encuentran sus seres queridos. Además de tener que enfrentar todas las reacciones producidas por la enfermedad tiene por otra parte que enfrentar las reacciones y respuestas que la sociedad emite hacia ella, tal como "enfermedad denigrante, producto de un comportamiento aberrante" y que por tanto, los afectados merecen su suerte (Lobato Carbajal, 1998).

Lobato Carbajal (1998) también habla del ambiente de la persona con Sida, al decir que el paciente tiene que enfrentarse con diversos aspectos pertenecientes al marco de los social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión. Ella dice que se genera angustia para alcanzar un equilibrio entre la inconformidad y la realidad. El sujeto se reconoce afectado produciéndose un conflicto consigo mismo (este conflicto puede llegar hasta el punto alucinatorio si se muestra en su etapa aguda).

Las expresiones manifiestas en esta etapa son: "no me quiero morir", "¿por qué a mí?", etc. Las expresiones que utilizan son "estoy sucio", "nadie se me va a acercar", etc. Y aquí ocurre algo aún más grande del conflicto consigo mismo y con los demás: ante la imposibilidad de desaparecer el evento dentro del individuo, se autoagrede usando la drogadicción, rechazo a los alimentos o intentos de suicidio (Lobato Carbajal, 1998).

También las expresiones de estos pacientes donde se puede observar en forma clara la manifestación de un conflicto, en este caso, aún no resuelto son: "me lo merezco", "eso me pasa por la vida que he llevado", lo que hace pensar en el dolor que implica para el paciente reconocerse enfermo. La ira y el conflicto se equilibran modificando la dirección de la agresividad de sí, hacia otros. Las manifestaciones comportamentales en esta etapa son un excesivo reclamo de atención, a través, -señala Lobato-, de la manipulación de los afectos, hasta conductas antisociales, como involucrar a otros en el evento.

Las expresiones son: "antes de morir me llevo a cuantos pueda conmigo". El Sida es una enfermedad gravemente estigmatizante, no es una afección "glamorosa", ni ninguna que despierte la simpatía pública, muy por el contrario suele ser recibida en los círculos sociales con temor y rechazo (Lobato Carbajal, 1998).

Y aquí Lobato (1998) señala lo que parece ser una distorsión de la imagen corporal del paciente con Sida, que puede llegar al punto alucinatorio si la distorsión, la depresión y la ansiedad son lo suficientemente constantes como para expresarla por

medio de ideas irracionales expresadas verbalmente: para muchos, esta respuesta pública de rechazo genera un sentimiento de ser sucios o no limpios. Muchos pacientes sugieren que se han tornado en un "leproso social" y evitan comentar su enfermedad con otros por temor a que ocurra la respuesta anticipada.

En pacientes así, la autoestima sufre un gran deterioro y mucho más en casos de Sarcoma de Kaposi, pérdida de peso e infecciones que causan deformación física, en particular facial. Muchos pacientes indican supresión de sus situaciones sociales debido a estos factores, ya que se sienten poco o nada atractivos. (Lobato Carbajal, 1998).

Cuando las infecciones atacan al organismo y surgen problemas de fatiga y letargos aunados a los efectos de la ansiedad pueden originar una grave incapacidad para la actividad social y se deteriora la autoestima del paciente. Por último, Lobato señala que es indispensable explicar en detalle a los pacientes de la naturaleza de sus síntomas, ya que con frecuencia son espectaculares y pueden pensar que están muy enfermos o se están volviendo locos o incluso que se están muriendo si tienen ataques de pánico (esta es una clara señal de que también tienen la tendencia a alucinar y que algunos de hecho lo hacen al pensar en forma drástica en su deterioro corporal). (Lobato Carbajal, 1998).

El terapeuta que trata con estos pacientes debe tener mucho cuidado en el análisis funcional del caso, pues podría estar ocultando el paciente sus verdaderos pensamientos acerca de él y de que forma está percibiendo la propia figura de los demás, pues por lo

común, los hostiliza y utiliza el sarcasmo para dirigirse a ellos. El siguiente punto reafirmará lo aquí planteado.

### 6.3 La alucinación y el autoconcepto

Una persona aprende a pensar de sí misma desde el momento en que escucha algún comentario acerca de ella misma, cuando se refieren a ella o cuando ella misma trata de pensar por sí misma. Es sin lugar a dudas, la relación que el autoconcepto tiene con la alucinación algo muy importante, porque, como ya se ha planteado, el que alucina se está comportando ante los demás, y frecuentemente ante una pared, un espacio vacío o alguna determinada gente, pero también llega a expresar lo que es él mismo, de la importancia de ser el mismo y de quién es, sintoma éste de una alteración emocional que continuamente se ha confundido con "la vanagloria y el orgullo".

Pero para definir el autoconcepto, Meneses Durán y Morales Enriquez (2000) utilizan un estudio experimental con jóvenes estudiantes y ellos expresan lo que han considerado acerca de sí mismos lo que son ellos mismos.

Dicen ellas que a partir del análisis de la pregunta filosófica ¿quién soy yo?, surgió en psicología el constructo del autoconcepto. El autoconcepto se define como los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma. Las relaciones entre estímulos y respuestas conforman estructuras funcionales que

tienen una influencia en la "idea" que las personas tienen respecto a sí mismas dadas sus reacciones al medio ambiente. La adquisición de experiencias vitales es fundamental en la formación del concepto de sí mismo del individuo. Y señalan la función de estímulo social: los seres humanos y la forma en como nos percibimos en nuestra realidad, se ve determinantemente influida por el momento histórico en que se vive y sobre todo, en como nos proyectamos hacia los demás básicamente porque el concepto que se tiene de sí mismo es tanto dinámico como interrelacionado respecto de los demás (Meneses Durán y Morales Enriquez, 2000).

Las experiencias que vamos teniendo se conjugan en la percepción de nuestra realidad para conformar así un concepto de nosotros mismos. Dadas ciertas condiciones psicológicas, el individuo tiene la capacidad de reorganizar su campo perceptual, incluyendo la manera en que se percibe a sí misma y una consecuente modificación de la conducta es un concomitante o resultante de esta reorganización perceptual.

Las personas con baja autoestima tienen falta de confianza en sí mismas, se abstienen de expresar ideas poco comunes o populares, no hacen cosas que llamen la atención de los demás, toman un papel pasivo en el grupo escuchando más que participando y presentan una marcada preocupación por sus problemas internos, lo que hace que no presten atención a los asuntos de otras personas, lo que conduce a disminuir las posibilidades de establecer relaciones amistosas y de apoyo (Meneses Durán y Morales Enriquez, 2000).

La baja autoestima ocasiona sentirse inadecuado como persona para enfrentar la vida. La autosubestimación implica rechazarse, juzgarse duramente, pensar que los otros lo rechazarán y ser perfeccionista. Las personas que se subestiman reaccionan con pensamientos y sentimientos negativos. Y aquí viene lo más interesante, ya que se establece una distorsión perceptual que puede llegar al punto alucinatorio si se hace más agudo: se da un círculo, los demás saben que no se aprecia y por eso no lo respetan y la persona a su vez cree que esto refuerza las ideas negativas que tiene sobre sí mismo.

Estas autoras también afirman que los factores que influyen en la construcción de la autopercepción son por un lado el entorno en el que se desenvuelve el individuo: la familia, los amigos, la pareja y por el otro las reflexiones propias; por lo que se considera que existe una interacción dialéctica entre "lo que los demás perciben de mí y lo que yo pienso de mí mismo" y es en este proceso que se va construyendo la autopercepción (Meneses Durán y Morales Enriquez, 2000).

Lo que sí se podría añadir es que el individuo piensa algo de sí mismo y cuando este pensamiento podría interpretarse como hacerlo sanamente es cuando no pasa de un leve comentario acerca de él y de la forma en que se percibe, pero cuando comienza con decir ver su cuerpo deteriorado con alza o baja de peso o con cierta "deformidad", el individuo empieza por así decir a alucinar y se puede agudizar hasta sentirse un monstruo caminando. El terapeuta debe reforzar debidamente

la expresión de los pensamientos correctos de apreciación de sí mismo y de los demás, con el fin de hacer salir al individuo de este error de percepción y de que aprenda una mejor apreciación de sí mismo.

#### 6.4 Mujeres histerectomizadas. ¿alucinan?

Este punto podría sonar como algo extraordinario en una investigación sobre el tema de alucinación, sin embargo, ésta pregunta es muy actual, como actual es la revisión del tema. Las mujeres que por alguna causa no cuentan ya con su matriz y ya no son capaces de tener hijos, sufren un serio deterioro perceptual de su imagen corporal y llegan al punto de alucinar y de "sentir" que están todavía completas o por el contrario y de forma más frecuente, que ya no son dignas de ningún afecto y su conducta va siendo autoagresiva con ideas irracionales de suicidio o de tener un cuerpo extraño dentro de su vientre.

Gath, Cooper y Day (1982) dicen que la depresión debe ser vista como una de las mayores complicaciones post-operativa de la histerectomía. Las reacciones a la histerectomía también se describen como agitación e insomnio, ansiedad no específica, reducido funcionamiento psicosexual y trastornos psicósomáticos.

Para otros investigadores, la histerectomía es de poca significancia con respecto al desarrollo de enfermedad mental. Es importante determinar la duración de trastorno psiquiátrico detectado en el

tiempo pre-operatorio. Primero, en la entrevista pre operatoria, a los pacientes se les preguntó sistemáticamente acerca de los problemas emocionales. Segundo, los maridos entrevistados reportaron que sus esposas habían tenido síntomas de perturbación emocional tales como preocupación, irritabilidad, cansancio, problemas de sueño de más de seis meses de duración.

Es decir que, antes de la histerectomía, había una predominancia de trastornos neuróticos en la forma de depresión neurótica y estados de ansiedad. Después de la operación, la caída en el total de los casos fue en su mayor parte debida a la reducción en estas dos clases (Gath, Cooper y Day, 1982).

La histerectomía no aparece como psiquiátricamente patógena. Y en un estudio más actualizado, Ryan, Dennerstein y Pepperell (1989), tuvieron como propósito determinar el aspecto psicológico pre operativo y post-operativo en un grupo de mujeres a quienes se les hizo histerectomía en condiciones benignas, investigar los factores psicosociales y ginecológicos asociados con el resultado psicológico e investigar el proceso de investigación esperado del resultado psicológico. Además del uso de inventarios de personalidad, el reporte pre-operativo incluía información sobre la planeación del procedimiento operativo, síntomas presentes, tratamiento previo, operación y procedimiento contraceptivo.

El pos operativo reportaría descubrimientos patológicos detallados y terapia de sustitución de hormonas. En casi todos los casos, las mujeres vincularon sus síntomas psicológicos con su

motivación para aceptar la operación (Ryan, Dennerstein y Pepperell, 1989).

Los resultados de muchos estudios retrospectivos reportaron alta prevalencia de depresión que sigue a la histerectomía. La personalidad mal adaptada, con alta alteración psicológica puede percibir los síntomas del ciclo menstrual más negativamente que la de las mujeres bien ajustadas. Este último estudio confirma la alta incidencia de alteración psicológica presente en las mujeres que pasan por la histerectomía (Ryan, Dennerstein y Pepperell, 1989).

Existen en la actualidad estudios recientes donde se ha confirmado que existe una distorsión perceptual del cuerpo de la mujer a tal punto que les llega afectar emocionalmente e imaginan un cuerpo destruido, mal adaptado o de que todavía "sienten" la matriz en su lugar. Esta distorsión de la percepción puede ser más grave si continuamente la falta de matriz o la nula probabilidad de tener hijos les afecta en el momento del acto sexual o en reflejos colaterales de vómito o pesadez intestinal.

De hecho, es más la mayoría de mujeres que de hombres quienes tienen mayor percepción de la imagen corporal que la de los hombres. En una investigación reciente (Rodríguez y Rodríguez, 2001), el objetivo del estudio fue correlacionar la percepción de la imagen corporal de estudiantes universitarios con su índice de masa corporal y conocer en ellos la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

La percepción de la imagen corporal fue mayor en las mujeres en comparación con la de los

hombres. Las mujeres se preocupan más por su imagen corporal y se definen adecuadamente a sí mismas. Los hombres realizan en mayor medida actividades físicas o incluso se preocupan menos que las mujeres en relación a la imagen de su cuerpo (Rodríguez y Rodríguez, 2001).

Y en la conclusión del estudio sobre histerectomía de Ramírez Avalos (2000) puede observarse una distorsión perceptual severa de las mujeres de su imagen corporal después de haber sido histerectomizadas.

El terapeuta debe considerar una intervención de esta naturaleza en su análisis funcional del caso, para poder predecir más a fondo patologías propias de la imaginación y por ende, de la percepción.

#### 6.5. Consideraciones finales

El cuerpo ha pasado a través de los siglos por una evolución biológica y anatómica muy importante y cada día las emociones, los pensamientos, las ideas irracionales y la propia conducta lo han afectado hasta tal punto, que poco a poco se ha ido deteriorando haciéndose cada vez más vulnerable a trastornos específicos de salud y de relación social.

Y el hecho de decir que este deterioro no ha sido nuevo es por tener en cuenta lo que señala Brown (2000) de la forma en que se van aprendiendo ciertas costumbres o cultura que afectan sobremanera al cuerpo y su estructura por cambios drásticos en su conducta. Por ejemplo, cuando

Brown (2000) dice que en el siglo II, el joven que pertenecía a las clases privilegiadas del imperio romano crecía viendo el mundo desde un predominio indiscutido, nos hace pensar que no toda nuestra conducta se debe a nosotros mismos sino también la gran influencia exterior va modificando nuestras respuestas cognitivas ante otro sujeto u objeto.

Dice Brown (2000), que las mujeres, los esclavos y los bárbaros eran distintos del joven e inferiores a él y esta situación era inmodificable. La polaridad más sobresaliente de todas, la que se daba entre él y las mujeres, se le explicaba en función de una jerarquía basada en la propia naturaleza. Los varones eran aquellos fetos que habían realizado todo su potencial.

Las mujeres, por el contrario, eran varones fallidos. La periódica menstruación demostraba que sus cuerpos no eran capaces de consumir los pesados excedentes que se coagulaban en su interior. Pero Brown (2000) dice que éstos eran precisamente los excedentes que se necesitaban para alimentar y contener la caliente semilla masculina, dando de este modo lugar a los hijos. Estas opiniones eran eficaces para reducir a las mujeres a una posición inferior a la del hombre dentro de una jerarquía "natural" incuestionable (Brown, 2000).

Ningún hombre normal podía convertirse realmente en mujer, pero todo hombre temblaba al verse a punto de volverse "afeminado". Nunca era suficiente con ser varón, un hombre tenía que esforzarse para mantenerse "viril". Tenía que excluir de su carácter y de su porte y temple

corporales todos los rasgos evidentes de "blandura" que delataran que estaba sufriendo una transformación femenina.

Hay un caso: la mujer de Poliano debía comer con él y sus amigos. De lo contrario aprendería a "atiborrarse cuando estuviera sola". Debía compartir los mismos dioses con él, en lugar de aislarse con los poderes susurrantes que gobiernan las dependencias de las mujeres. Las propiedades de ella se irían desvaneciendo en el fondo común, junto con los demás aspectos de su vida que ella pudiera calificar de propios (Brown, 2000).

En los sarcófagos de Italia y Asia menor, de los siglos II y III, la esposa aparece en actitud atenta, de pie o sentada enfrente del marido, mientras él levanta la mano derecha para refrendar algo, en tanto que en la mano izquierda muestra el pergamino que representa la cultura literaria superior en que basa su derecho al absoluto predominio, tanto en la sociedad en general como dentro del matrimonio. Se desaprobaba la actividad sexual frecuente. Hacia disminuir la fertilidad de la semilla del varón y por lo tanto las posibilidades de tener hijos (Brown, 2000).

En esta parte, Brown muestra que la cultura impone su existencia como regla autoritaria y restrictiva. Este tipo de reglas, las cuales en la actualidad han sido más depuradas y más sutiles, crean en el individuo, en este caso en la mujer, un conflicto: obedecer su propia naturaleza o ser siempre dominada y subyugada por el varón.

Como en la actualidad, en la mayoría de las naciones es mal visto que una mujer predomine por

encima del varón, la mujer tiene que comportarse como un súbdito o esclavo que obedece sin replicar la voz del hombre, aunque claro, puede ser la voz de sus padres, pero esta es otro tipo de regla. Este conflicto deteriora la percepción natural de la mujer de ser igual que el hombre y le lleva a alucinar que no es igual de fuerte y capaz, creando fuertes luchas intelectuales, morales y en algunos casos hasta físicas (violencia intrafamiliar) que le han llevado hasta la misma muerte.

El conflicto, por consiguiente, tiene cabida por la gran influencia exterior y el propio aprendizaje que la mujer, en este caso, tiene a través de la historia. Es por ello que es de considerar que detrás de toda alucinación está un conflicto que parece sutil pero que no ha sido resuelto por medio de la preferencia y la elección de respuesta al estímulo (que sería una solución)

Ahora bien, también hay que considerar la forma en que conocemos y aprendemos, pues puede ser en forma científica y tener más probabilidad de acierto, o en forma no científica con abundantes hipótesis no confirmadas por la experiencia.

La adquisición de conocimiento tiene su sentido. Hemos de pensar en Rojas Soriano (2000) que dice que la adquisición de conocimiento científico requiere la actividad conjunta de los órganos sensoriales y del pensamiento del sujeto cognoscente, apoyada en la reflexión teórica y guiada por una serie de principios y reglas con el fin de descubrir lo que el conocimiento empírico espontáneo no puede captar: la esencia de los procesos, acontecimientos y objetos, lo cual implica

conocer las causas por las cuales éstos surgen, se desarrollan y modifican, es decir, el conocimiento de las leyes del desarrollo de la naturaleza y la sociedad (Rojas Soriano, 2000).

Hay que reconocer que las dificultades que el hombre ha enfrentado en su práctica diaria, han servido de base para el surgimiento y avance de la ciencia moderna. El pensamiento humano se ha aventurado por rutas inexploradas o que estaban "prohibidas" por la ideología dominante. A medida que la teoría y la práctica se desenvuelven, el conocimiento científico se perfecciona: se sustituyen teorías anticuadas por otras nuevas y se precisan las viejas.

Al avanzar la ciencia se profundiza en el estudio. Las teorías y leyes científicas deben contrastarse permanentemente con la realidad a fin de comprenderla, de explicarla. No significa que los problemas carezcan de solución aún cuando en el estadio actual de la ciencia (a pesar de ser asombroso) existen limitaciones para la formulación de teorías y leyes más exactas que permitan una explicación y predicción rigurosa (Rojas Soriano, 2000).

Por otra parte, existen ámbitos de la realidad suficientemente exploradas debido a que tienen actualmente poca o ninguna relación con las necesidades prácticas de la humanidad (Rojas Soriano, 2000). No obstante, hay que correr el riesgo de sólo proponer una perspectiva científica pero llegar a probar una hipótesis, al comienzo muy sutil, pero que puede llevar al psicólogo moderno a caminos más estables y provechosos que le permitan

identificar los elementos estímulo-respuesta correspondientes en los distintos eventos presentes. La TCC es una gran oportunidad de llegar a fondo, de no suponer sino sugerir y de enmarcar correctamente el paradigma E-R. No hay forma de desviar la investigación, en este caso clínica, hacia ámbitos etnográficos o políticos o meramente filosóficos, a pesar de que que gran parte de la teoría de Ellis tuvo como apoyo lo filosófico, pero nunca sucumbió a ello.

Hay que considerar también que la TCC no es una moda, es un avance meticulosamente preparado para llegar al meollo del asunto: los factores que influyen en la conducta y su consecuencia. También de que lo que se ha comentado hasta este punto ha sido con el propósito de encauzar el pensamiento de Lanteri-Laura (1994) hacia aspectos un poco más científicos y complementar de manera respetuosa lo que él propone tan deliberadamente.

En nuestro país hay suficiente información respecto a la alucinación pero nunca se ha llegado a ordenarla y orientarla a un enfoque conductual que permita su manejo desde el primer día de entrevista con el paciente. Siempre, como lo he hecho notar, se ha considerado a la alucinación como sinónimo de esquizofrenia, pero ella existe sólo en el nombre de un trastorno médico y dinámico y no dentro de la psicología científica experimental.

Hay que considerar también que el siglo XXI comienza y que a pesar de las innumerables guerras sociales por la que está pasando cada una de las naciones con el terrorismo y fuego nuclear, la ciencia no puede detenerse solamente a observar las

acciones y los daños sino que debe tener la fortaleza suficiente todavía para teorizar y confirmar lo propuesto. La alucinación no escapa a otra parte del archivo del bagaje científico sino que debe seguirse explorando este tema con una actitud profesional y con una capacitación en la TCC adecuada.

Otra consideración es que este estudio ha sido un intento por hacer realidad lo antes escrito. El área clínica ofrece una gran oportunidad de hacer claro muchos conceptos que todavía permanecen en una oscuridad cognitiva y en algunos casos hasta material (como en el caso de la recopilación indiferente de tesis y patentes).

Por último, hay que considerar además que muchos conductistas radicales de la parte de Skinner y Honig, no estaban realmente equivocados. Sencillamente no le daban real importancia al aspecto cognitivo de la conducta, más que como algo encubierto, sólo lo suficiente para trabajar en ello. La TCC propuesta principalmente por psicólogos como Mahoney y Meichenbaum, no desligan el conductismo radical así porque sí, sino proponen una mejora conceptual y experimental que permite, como en este caso, dar cabida a un estudio más adhoc con la realidad que vive el paciente, que por cierto, y al final de cuentas, es quien interesa en la clínica.

## Conclusión

Es difícil concluir un trabajo tan prometedor, pero hay que decir que la alucinación ha sido abordada de muchas maneras. No se pretende en esta conclusión de negar la existencia de estas posibilidades o siquiera de tacharlas de inútiles o tontas, sino sencillamente proponer que el psicólogo moderno se acerque más a la teoría cognitivo conductual (TCC) y retome el asunto de una manera más confiada, más científica y por que no, más profesional.

La alucinación, cómo se aclaró en su momento, es una percepción generalmente temporal errónea de un objeto, persona u evento que no está presente, pero no es un trastorno en sí, sino un síntoma de un trastorno y que, como se dijo anteriormente, tiene una etiología psicológica de conflicto, sin importar si la alucinación proviene de una alteración fisiológica o sólo es meramente conductual.

Se mencionó la gran influencia que tiene la interacción familiar en el desarrollo de este síntoma tan peculiar. Los que alucinan se quejan de ruidos, de sonidos y de voces o bien sienten en el cuerpo objetos extraños o sensaciones de tener algo raro dentro de sí. También se pueden observar las alucinaciones visuales o más complejamente una alucinación táctil, y es importante notar, que en la teoría cognitivo-conductual (TCC), se consideran ciertas actividades internas del sujeto como algo real de acuerdo a lo que el mismo sujeto reporta como estar ocurriendo y que el clínico considera estas sensaciones para hacer un análisis funcional

más completo y los datos que le proporcione las entrevistas subsecuentes con el sujeto.

También hay que hacer énfasis que en el fondo de toda alucinación existe un conflicto que no es más que la presentación simultánea de dos alternativas y cuya solución lo da la preferencia a una de esas alternativas y que este conflicto existe, aunque la alucinación se deba a una causa química o meramente emocional, que es ésta última la que más interesa a la psicología.

Realmente este estudio ha sido la mayor de las veces exploratorio y, no obstante, no deja de proponer al conflicto como algo existente en el problema de la alucinación y deja abierta la oportunidad de que otros interesados en el tema sigan actualizando y complementando el tema de manera más experimental y mensurable de lo que aquí se propone. Este efecto que el conflicto interno tiene en la vida del paciente se vió reflejada en los casos de posesión diabólica, donde la conducta del sujeto ha perdido control y se expresa la magia y la superstición como influencia cultural, aunque el conflicto fue tan profundo que llegan a tomar otra personalidad pero con los argumentos básicos del pensamiento propio del sujeto.

El hombre en estas circunstancias se había comportado en forma aparente pero su verdadera forma de ser tuvo la oportunidad de expresarse y aumenta la probabilidad de ser reforzada por la reacción de quienes observan la escena, que mantienen dicha conducta.

El siglo XIX fue un siglo que tuvo por contenido muchos descubrimientos interesantes y la

estabilidad del intento del hombre por ordenarlos adecuadamente y hacerlos más experimentales y mensurables. Es desde este siglo que las ideas respecto de las propiedades y cualidades de las cosas y las personas, se perciben erróneamente y se juzgan mal y para algunos investigadores, este "mal" llegó a heredarse de algún modo por generaciones.

Otros por su parte, no esperan tener alucinaciones "naturales" sino que se provocan alucinaciones por medio de una droga específica para ello, como en el caso de dosis elevadas de opio, morfina, heroína y cocaína, la famosa "piedra", el cristal y achis, de las cuales, el mercado negro ha acumulado grandes riquezas en su consumo y distribución.

También la percepción del propio cuerpo se distorsiona, pero la gran diferencia con la alucinación "simple", es que en la resultante del consumo de drogas, los colores son más vivos y múltiples, así como la capacidad de discriminación de estímulos se hace en forma acelerada y se dice que todos los alucinógenos producen cambios en la percepción, pensamiento y ánimo, pero difieren en contenido desde que dependen más de la propia personalidad del sujeto y su visión respecto del mundo que le rodea.

Se consideró el caso del cristianismo como tal como un pretexto para hacer resurgir el conflicto interno y modificarlo en la relación uno a uno con los cristianos, en quienes la gran carga afectiva les impulsa a unirse y llegar a desarrollar alucinaciones, para ellos propios de la fé. El mismo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cristo tuvo sus conflictos personales no tan sólo con el Sanedrín y Pilatos, sino aún con su propia madre y sus seguidores, probablemente provocada por la actitud contraria a los designios imperiales y a la propia creencia nacional. El mismo Pedro, su más fiel seguidor, tuvo la alucinación de ver a dos personajes ya desaparecidos y de quererles buscar un lugar determinado para que su "presencia" no se difuminara.

El cristianismo en la actualidad tiene matices alucinatorios en las ocasiones en que el éxtasis del culto público, hace trastornar la voluntad y se tiene la experiencia, al parecer "real", de las "visiones sagradas", o de profecías en donde el "fin del mundo" es eminente.

Mucho en esto tiene que ver el conflicto del desagrado por vivir y por querer una vida mejor que la presente. De hecho, las imágenes que guardamos en la memoria como algo permanente son aquellas que provocaron una descarga emocional muy fuerte y que de algún modo nos haya influido por su relación íntima con el objeto afectivo importante para nosotros. Y por eso, mencioné que aquellas ideas de que nos vamos apropiando durante nuestra existencia va construyendo nuestra realidad propia, la que vivimos, y llega a distorsionar la que percibimos, pues proyectamos delante de nosotros dicha influencia en nuestra conducta.

Quiero mencionar que Ellis y Abrahms (2001) anotaron en su magnífica obra *Terapia Racional Emotiva*, que si los pacientes dudan de su valor o valía esencial como humanos, el terapeuta podría

enseñarles de modo justificable a decirse a si mismo: En primer lugar, estoy vivo.

Esto es perfectamente evidente y observable. En segundo, elijo permanecer vivo. ¿Por qué? Simplemente porque elijo hacerlo. En tercero, deseo, mientras esté vivo, vivir razonablemente feliz, con relativamente poco dolor y mucho placer, porque eso parece conducir a que yo permanezca vivo y porque, sencillamente, me gusta ser dichoso más bien que desdichado.

En cuarto, déjenme ver como me las puedo arreglar para reducir mi dolor y aumentar mi placer a corto y a largo plazo (Ellis y Abrahms, 2001). Estos consejos sabios de Ellis y Abrahms señalan que muchas de las veces la alucinación es consecuencia de nuestras ideas acerca de nosotros mismos que vienen a alterarse y modificarse por la influencia que recibimos del exterior y se vuelven irracionales al punto de destruirnos la vida.

Es más, aún entre el pueblo cristiano las ideas irracionales de la propia doctrina trae problemas, desolación y separación, por eso su importancia.

Aunque este estudio, no se encaminó a apoyar la TRE, sí creo en ella y la considero como una teoría importante para su aplicación en el presente siglo XXI. Pero lo que sí dejó muy claro y sugiero es que se siga investigando este tema por medio de la TCC o del constructivismo o de alguna teoría similar, pero que no se retorne al campo de la suposición y por ende, del desconcierto conceptual y metodológico pues arruinaría el trabajo efectivo del psicólogo; además, el esfuerzo científico que realiza el psicólogo sólo se vería como mera superstición.

Y mucho tiene que ver la creatividad de la persona que alucina, pues tiene una idea clara de un concepto, pero lo utiliza para un propósito, como el descargar sus emociones en algo que no está presente pero que hace presente para servirse de él. Es así como el papel de sobrevivencia de que tanto habló Darwin en su obra El Origen de las Especies, se hace evidente en este asunto, pues el hombre no deja de utilizar al medio para vivir y sobrevivir y para lograr conseguirlo.

Aunque al respecto no comparto la idea de evolución de este prestigiado autor, puedo decir que desde tiempos inmemoriales, el hombre ha soportado las inclemencias del tiempo gracias a la oportunidad que ha tenido de expresar sus emociones, de creer en lo imaginario y de alguna manera, algo que es aún más importante, vencer su soledad. Y es ésta soledad, la sensación de sentirse único, sólo, la verdadera causa del trastorno esquizofrénico.

Ni la religión más profunda puede mejorar esta soledad, solo la relación afectivamente satisfactoria puede llevar a superar esta tendencia natural esquizofrénica, pero el luchar inquisidoramente con dos alternativas altamente recompensantes o altamente punitivas, o bien mezcladas entre sí pero la alternativa punitiva tenga mayor presencia, lleva al desastre emocional, mental y en algunos casos, espiritual.

Aunque mucho se ha dicho, que la calidad de nuestra relación con el Ser Supremo nos lleva a dos cosas: o a ser extremadamente mejor adaptados y con una tendencia a vencer nuestra soledad o por el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

contrario, a llegar a ser un terrorista consumado (que en algunas ocasiones empieza en la infancia) y con una conducta no habilidosa socialmente y buscar un liderazgo de oprobio como meta divina.

De cualquier forma, la distorsión persiste, porque no deja de ser nuestra imaginación y el resultado de nuestras fuertes creencias entonces. Y ocurre un fenómeno curioso: se distorsiona el lenguaje y se hace confuso en el esquizofrénico debido a que las palabras son símbolos arbitrarios que, aún cuando carecen de significado ellas mismas, consiguen su significado en virtud de su capacidad para corresponder directamente a cosas en el mundo.

Y el esquizofrénico, en el momento en que alucina no considera realmente este significado, sino que la pone en juego en la acción y busca una respuesta de esta conducta, como si un estímulo discriminativo le indicara en que momento su conducta va ser recompensada o castigada, y en que grado lo generaliza a otros estímulos pues la pared donde vió la alucinación, por ejemplo, no es la misma que otra pared, donde el color no es tan intenso o tiene ranuras, papeles pegados, etc.

Y por consiguiente esta distorsión del lenguaje y estos cambios en el estímulo discriminativo presente, va a crearle al esquizofrénico errores de comunicación tan poderosos, que llega al punto de quedarse ¡estático! Es por ello que el terapeuta debe observar hasta que punto de la entrevista el paciente observa una falta de comunicación a su alrededor con respecto a él y si es el motivo de su soledad o de su conflicto. Y muchas veces dejan en

soledad al individuo, por sus propias decisiones, por su inexperiencia para ser asertivo, por su falta de madurez alimentaria o por su pensamiento contrario.

Y esto es causa de conflicto y es el conflicto mismo, sin embargo, no es todo el conflicto que posee el individuo, dado que otros se lo causan: los padres con su forma enérgica o su familia por la competencia afectiva. Sólo le resta al esquizofrénico, para su ayuda, no darle importancia a lo trivial y tener ideas más racionales de su situación.

Y que decir de la terrible frustración que tiene el hombre desde que es bebé, desde que la madre le pone condiciones para poder ser y le autoriza ser, pues debido a su indefensión sólo queda obedecer. Pero esta obediencia es sana mientras que el resultado sea satisfacer los requerimientos o criterios de su madre, pero cuando su conducta no ha sido la adecuada o la que se le pide, el reforzador no se le va a dar y por el contrario, llegan al punto de privarlo de alimento y de luz, estímulos altamente punitivos.

Y cuando crece y es niño, otras condiciones tiene que cumplir y se añade su cultura y el antecedente familiar, de la que difícilmente podrá escapar. Cuando llega a la etapa madura, los estímulos sexuales y sociales se hacen más poderosos y el conflicto aumenta al tener siempre que decidir entre dos alternativas "eternas" y, puede caer en una esquizofrenia terrible y por ende, en la alucinación.

El hombre debe fijarse metas para todo y conseguirlas, no sólo tratar de conseguirlas. Pero lo importante es que estas metas no sean muy altas, para que el requisito de respuesta no sea muy elevado ni muy bajas para que no devenga la falta de motivación, sino que unas metas que pueda lograr de la mejor manera, con preparación y salud afectiva.

Ahora bien: hay que ser honestos pero con discreción, no ocultando en si la verdad, sino por el contrario, saberla manejar. Esto es un arte. El simple hecho de ponernos una máscara que no es en realidad nuestro rostro, requiere de un mayor esfuerzo, de estudiar nuestras reacciones y en algunos casos la conversación. No se trata de herir a los demás, sino sólo reforzar lo positivo, para que la relación con el otro sea satisfactoria y para que no nos quedemos solos. Pero este reforzamiento no ha de ser continuo, para que no se extinga la conducta, mas debe tener nuestro estilo y calor afectivo humanos.

Esta es una gran diferencia con la ley básica. El gran "calor" humano. Esta afectividad que proviene exclusivamente del humano (y donde el primate no alcanza tales altitudes) es lo que busca el esquizofrénico y responder únicamente a una alternativa a la vez. Puede tener su preferencia pero debe saber distinguir el estímulo de cambio. Pero a veces este cambio puede ser letal: en la anorexia, la mujer elige dejar de comer, por un estímulo de cambio de apariencia, apariencia que es pasajera. La solución estriba en no darle importancia a dicho

estímulo de cambio sino en reforzar su afectividad y conseguir una meta propuesta.

El Sida es, sin lugar a dudas, lo más triste de una historia, pero aún en medio de ese martirio, la elección, aún pasajera, fue la más estimada y por ello, la alucinación que experimenta la persona sólo es un reflejo de su decisión. Lobato Carbajal (1998) dice que los pacientes indican supresión de sus situaciones sociales, debido a la autoestima, pérdida de peso e infecciones que causan deformación física y a que se sienten poco o nada atractivos. Sin embargo, aunque la deformidad sea al parecer monstruosa, no deja de ser el mismo individuo que algún día se le amó.

Y ocurre con mujeres que han perdido su matriz, que se sienten devaluadas, sin significado, aunque los que saben apreciar a la mujer en lo que representa de belleza, no pueden, por un trozo de tejido, perder esa "visión". Lo que lleva a dichas personas a distorsionar su imagen es ese sentimiento de soledad y de conflicto, al cambiar la forma en que eran tratadas antes de la operación y al creer, ellas mismas, que fue el final de su vida sexual, siendo que lo importante, es la forma en que se lleve a cabo la relación sexual, la afectividad con la que se realiza y la respuesta orgásmica.

Pero, por lo regular, la mujer carece de información de su sexualidad, al parecer, para ellas tan valiosa como el hombre, pero eso sí, sin tanto extremismo. Es por ello que todo individuo debe vencer su soledad y de ser posible ser más asertivo, denunciar la violencia intrafamiliar y amenizar su vida sexual, para hacer a un lado la cruel

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

frustración. El que alucina, poco a poco va a dejar de hacerlo, pues su afectividad tiene mejor la preponderancia, y el conflicto es sometido por la autoestima.

La enfermedad crónica no se vence con la muerte sino con el medicamento, pero nunca hay que olvidar, que mientras haya vida y amor, hay esperanza genuina. Bye.

## Referencias

American Psychiatric Association (1988) *DSMIII-R*.  
Barcelona: Masson

Baltasar, G. (1996) *Agudeza y arte de ingenio*.  
México: UNAM

Baumgartner, M.P (1991) *The moral order of a suburb*. New York: Oxford University Press

Benjafield, J.G (1992) *Cognition.*: Prentice Hall

Berlyne, D.E (1976). *Estructura del pensamiento dirigido*. México: Trillas

Boden, M.A (1994). *La mente creativa. Mitos y mecanismos*. Barcelona: Gedisa

Brown, P. (1993) *El cuerpo y la sociedad*. Barcelona: Muchnik editores

Caballo, E.V (1995) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Barcelona: Siglo XXI Editores.

Campbell, K (1987). *Cuerpo y mente*. México: UNAM

Caro Gabalda, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Castaña, C., y Palacios, S (Eds.) (1996). *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*. Madrid: Alianza Editorial

Castells, P. *¿Seguimos juntos o nos separamos?* (1999) México: Plaza & Janés.

Castillo, H y Cortés de Castillo, M.E (1999) *Acróbatas de la incertidumbre*. México: Castillo

Chalmers, D.J (1999). *La mente consciente. En busca de una teoría fundamental*. Barcelona: Gedisa

Davison, G.C., y Neale, J.M (2000). *Psicología de la conducta anormal. DSMIV*. México: Limusa

Dey, A. (2001). *Cómo lograr todo lo que quieres. Guía práctica para convertir metas en realidades*. México: Grijalbo

Díaz Alarcón, M.M (1994). *La importancia de la percepción visual y la creatividad a nivel preescolar*. UNAM Iztacala, México: Tesis inédita

Donaldson, Margaret (1996). *Una exploración de la mente humana*. Madrid: Morata.

Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide

Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Feschbach, S., y Weiner, B (1991). *Personality*. Lexington: D.C. Heath and Co, Lexington,

Franca-Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética*. Bilbao: Desclée de Brower

Furst, P.T (1980). *Los alucinógenos y la cultura*. México: Fondo de Cultura Económica

Gath, D., Cooper, P., y Day, A (1982). **Hysterectomy and Psychiatric Disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy.** *British Journal of Psychiatry*, 140. 335-350.

Gutiérrez Ventura, M. (2000). *Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario*. UNAM Iztacala: Tesis inédita

Hermosillo García, A.M (1984). *Análisis de los procesos referenciales en el esquizofrénico y sus alteración como procedimiento terapéutico*. UNAM Iztacala: Tesis inédita

Hoffer, A., y Osmond, H (1972). *The hallucinogens*. Nueva York, NY, EE.UU.: Academic Press.

Ibañez Bernal, C. (1988). *El análisis conceptual y evolutivo en la psicología conductual: el caso de la percepción*. UNAM Iztacala: Tesis de Maestría.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Jiménez Avalos, J.L (1986). *Análisis cuantitativo de episodios comunicativos en esquizofrénicos*. UNAM Iztacala: Reporte de investigación.
- Johnson, M. (1990). *The body in the mind*. Chicago, EE.UU.: Chicago Press,
- Korda, M. (1983) *El éxito*. México: Pomaire
- Lair, J. (1988). *¿Acaso no soy una maravilla...y no lo eres tú también?*. México: Diana
- Lanteri-Laura, G (1994). *Las alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lapoujade, M.N (1988). *Filosofía de la imaginación*. Siglo XXI Editores.
- Lobato Carbajal, V (1998). *Medición del apoyo social, los estilos de afrontamiento y el autoconcepto en una muestra de pacientes con VIH/Sida*. UNAM Iztacala: Tesis empírica
- López Osorio, G (1989). *Un estudio comparativo entre percepción visual y creatividad en niños preescolares*. UNAM Iztacala: Tesis inédita
- Mageo, J.M. y Howard, A (1996). *Spirits in culture. History and mind*. Nueva York, NY, EE.UU.; Routledge

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Mahoney, M.J. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée de Brower.

Mahoney, M.J., y Freeman, A( 1988) *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Mankeliunas, M.V (Eds.) (1999). *Psicología de la motivación*. México: Trillas

Meneses Durán, C., y Morales Enriquez, M.G (2000). *Factores en la construcción de la autopercepción de jóvenes con edades entre 22 y 25 años*. UNAM Iztacala: Tesis inédita

Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. México: Planeta

Noyes, A., y Kolb, L.C (1983) *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Papini, G. (1994). *El diablo*. México: Epoca

Piró, S. (1987). *El lenguaje esquizofrénico*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ramírez Avalos, L.M. (2000). *La sexualidad en las mujeres histerectomizadas en la edad fértil*. IMESSEX México; Tesis clínica de seguimiento.

Rodríguez, G.L.M y Rodríguez G, R (2001). *Percepción de la imagen corporal, índice de masa*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

corporal y sobrepeso en estudiantes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 68, 4, 135-138.

Rojas Huerta, M y García Ríos, N (1990). *El lenguaje en pacientes esquizofrénicos y sus características idiosincráticas*. UNAM Iztacala: Tesis inédita.

Rojas Soriano, R. (2000). *El proceso de la investigación científica*. México: Trillas.

Ryan, M.M., Dennerstein, L., y Pepperell, R (1989). *Psychological aspects of hysterectomy. A propositive study. British Journal of Psychiatry*, 154, 516-522.

Secher, B. (1980) *El poder de la mente. Instrumento para alcanzar éxito*. México: Logos Consorcio Editorial.

Shklar, J.N (1990). *Vicios ordinarios*. México: Fondo de Cultura Económica.

Siegel, R.K y West, L.J (1975). *Hallucinations. Behavior, experience and theory*. Nueva Jersey, NJ, EE.UU.: John Wiley & Sons Inc.

Staats, A.W (1996). *Behavior and Personality*. Nueva York, NY, EE.UU.: Springer Publishing Company Inc.

Thomas Garber, S (Eds.) (1953) *Stedman's Diccionario práctico de medicina*. La Habana: Stedman Pub.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Upper, D y Cautela, J. R. (1983) *Condicionamiento encubierto*. Bilbao: Desclée de Brower.

Viamonte, M. (1991). *Frustraciones*. México: Trillas

Viñas Velázquez, B. M. (1990). *Influencia de la familia en el desarrollo de la enfermedad mental en uno de sus miembros*. UNAM Iztacala: Tesis inédita

Yates, A. J. (1982) *Frustration and conflict*. Connecticut, Conn, EE. UU.,: Greenwood Press.

Zweig, C., y Wolf, S. (2000). *Un romance con la sombra*. México: Plaza & Janés.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN