



PSICOLOGÍA

AÑO 2025

CURSO: 4TO A CIENCIAS SOCIALES

PROFESORA: ARACELI AGRETTI

Breve historia de la Psicología

La Psicología se constituyó como disciplina científica a fines del siglo XIX. Pero el interés por comprender la mente humana no es nuevo, fueron los griegos quienes primero se interroga-

ron acerca de las cuestiones que hoy llamamos psicológicas. Desde entonces y hasta la actualidad, la Psicología proporcionó soluciones nuevas a viejos problemas.

La Psicología precientífica

La Psicología, desde sus orígenes, se confundió con la Filosofía ya que esta es considerada como la madre de todas las ciencias y durante muchos siglos concentró todo el saber humano.

A partir de la Filosofía fueron surgiendo las demás ciencias, y algunas de ellas se despren-

dieron más rápidamente que otras del tronco madre. Hasta el siglo XIX, la Psicología era considerada como una rama de la Filosofía que se ocupaba del estudio del alma. Toda la Psicología vigente hasta el año 1879 fue llamada precientífica.

El primer libro sobre Psicología fue escrito por Aristóteles y se llamó *De ánima* que en latín significa *Del alma*. En esta obra, Aristóteles dice:

"Nosotros consideramos todo conocimiento algo bello y valioso, pero dentro de ello pensamos que uno lo es más que otro, sea en virtud de su exactitud o bien porque dice referencia a cosas más altas y más maravillosas. Por estos dos motivos es razonable mirar la investigación o estudio del alma como de primera importancia. Por lo demás este estudio parece aportar una importante contribución al conjunto de la verdad, y en particular al estudio de la Naturaleza. Pues la vida animal tiene en el alma su principio. Por eso intentamos conocer e investigar en primer lugar la naturaleza y esencia del alma y luego sus atributos esenciales. Entre estos últimos, algunos parecen ser afecciones peculiares del alma, mientras que otros parecen corresponder igualmente a las cosas vivas, en virtud del alma".

En el período clásico, desde la antigüedad hasta la Edad Media, el hombre (la persona humana) era entendido como parte del cosmos dotado de razón, marcando la diferencia entre alma y cuerpo. Aristóteles estableció que el alma tenía como función elaborar, a través de los conceptos y la memoria, la información captada por los sentidos y que existían tres tipos de *psique*: vegetativa, sensitiva y racional, siendo el ser humano el único ser viviente capaz de disfrutar de las tres. Les proponemos una lectura reflexiva del texto extraído de *Del alma*; al final del eje pueden encontrar el texto.

Varios siglos después, Renè Descartes (Francia, 1596-1650) estableció que no debía estudiarse el alma, sino la conciencia y propuso a la razón como vía para el conocimiento a partir de la premisa: "Pienso, luego existo".

En los siglos XVII y XVIII, los empiristas británicos, entre ellos John Locke y David Hume, comenzaron a estudiar funciones cognitivas: sensaciones y mecanismo mentales de asociación de ideas. Para hacerlo, aislaban los elementos más simples del conocimiento que los llevarían a comprender cómo, luego, la mente los sintetizaba en ideas complejas.

Los inicios de la Psicología científica

Lo señalado anteriormente constituye un antecedente valorable para establecer una Psicología científica, pero recién en 1879 los trabajos experimentales realizados en Alemania por Wilhelm Wundt marcaron su verdadero comienzo.

Durante el período moderno comenzaron a independizarse la mayoría de las ciencias de la Filosofía. La Física, la Biología y otras llamadas ciencias fisico-naturales empezaron a utilizar el método científico. Para constituirse en ciencia independiente, la Psicología debía tener defini-

dos un objeto y un método que le permitieran validar sus datos en situaciones experimentales.

Los psicólogos de la época aplicaron esos mismos métodos para independizarse de la Filosofía y constituirse en ciencia independiente. Así surgió el Primer Laboratorio de Psicología Experimental en el año 1879 a cargo de Wilhelm Wundt, quien junto a un grupo de investigadores decidió llevar los problemas psicológicos al laboratorio y a tratarlos con los métodos de las restantes ciencias experimentales.

Wilhelm Wundt (1832-1920). Psicólogo alemán que trató de aplicar el método científico al estudio de los hechos psicológicos basándose en la medición y la experimentación. Su método fue la introspección experimental. Concibió a la Psicología como un saber independiente y sus experiencias lo llevaron a ser uno de los más importantes psicólogos en la historia esta ciencia.

Lo preocupaban temas heredados de la Filosofía, la interacción cuerpo-mente y el asociacionismo para explicar cómo a partir de los elementos surge nuestra compleja vida mental.

Para Wundt, la Psicología debía estudiar todo lo que pasaba dentro de la conciencia de las personas: sensaciones, pensamientos, sentimientos y que eso tenía también expresión en el cuerpo. Proponía hacer el estudio de manera científica a través de una auto-observación o introspección (procedimiento por el cual cada uno trata de mirar dentro de su propia mente).

Wundt consideraba que todas "las manifestaciones del espíritu humano tienen su causa última en los fenómenos elementales de la experiencia interna". Esos fenómenos elementales eran las sensaciones, las imágenes y los sentimientos que les ocurrían a las personas. Según esta teoría, la conciencia está formada por un mosaico de elementos unidos entre sí por nexos asociativos. Para estudiar la vida psíquica, descomponía sus elementos más simples, que no solían tener relación entre sí, para luego volver a reunirlos o asociarlos; a este procedimiento lo llamó elementalismo asociacionista.

Se estudiaban fenómenos muy simples. Por ejemplo, memorización de sílabas sin sentido que permitían estudiar el funcionamiento de la memoria, pero no así su relación con otros aspectos de la persona como totalidad. Por otra parte, estableció que todo lo que ocurre en la conciencia se basa en modos de funcionamiento mental (procesos fisiológicos específicos) que reciben las impresiones externas (palabras, paisajes, etc.) y se transforman en movimientos.



PSICOLOGÍA. DEFINICIÓN ACTUAL

Como hemos visto la Psicología tuvo una etapa en la que no era una ciencia. Durante la etapa precientífica era considerada una parte de la Filosofía que se ocupaba del alma.

Desde que comienza su etapa científica, con la creación del primer laboratorio de Psicología Experimental, en el año 1879; fue modificando su objeto y sus métodos de estudio, siendo protagonista de múltiples consideraciones.

En la actualidad, podemos decir que la Psicología es el estudio de la PERSONALIDAD, a través de la CONDUCTA, dentro de un CONTEXTO sociocultural determinado.

Desde esta definición podemos apreciar la importancia que tiene la relación de los conceptos resaltados entre sí.

Para conocer a alguien, es muy importante tener presente cómo actúa y en qué situación o contexto lo hace.

Para una comprensión rápida podríamos definir a la personalidad como la forma de ser; a la conducta como la forma de actuar y al contexto, como el entorno que rodea las experiencias de determinada persona.

La personalidad debe ser descubierta, interpretada, reconocida a través del accionar de un sujeto determinado. No se ve a simple vista. Por eso decimos que la conducta es la manifestación de una personalidad determinada. Considerando como conducta a todas las acciones que realiza un sujeto, aún aquellas que no son observables (como pensar o soñar). Toda personalidad y las conductas que la integran adquieren sentido y habilitan la posibilidad de comprenderlas solo cuando no son vistas como aisladas, sino cuando son analizadas teniendo en cuenta la situación, el momento, el lugar, las creencias, los valores, que le dan sustento.

MÉTODOS TRADICIONALES.:

- INTROSPECTIVO
- OBSERVACIÓN
- EXPERIMENTAL
- CLÍNICO

CAMPOS DE LA PSICOLOGÍA: PSICOLOGÍA CLÍNICA, PSICOLOGÍA EDUCACIONAL, PSICOLOGÍA LABORAL, PSICOLOGÍA DEPORTIVA, PSICOLOGÍA FORENSE O JUDICIAL, PSICOLOGÍA DEL MARKETING Y LA PUBLICIDAD

LA PERSONALIDAD



En muchas expresiones del lenguaje cotidiano no está presente la palabra personalidad: "¡Qué personalidad tan original!". Podemos decir de alguien un poco excéntrico, "Lo que pasa es que tiene mucha personalidad" (por alguien testarudo o agresivo); "Es tan tímida que parece que no tiene personalidad", y otras expresiones similares. Aunque no podamos definirla, utilizamos esta palabra para referir la forma de ser o de comportarse de alguien, aquello que distingue a una persona de otra. Por lo tanto, desde el punto de vista de la Psicología, no será correcto deducir que solo tienen "personalidad" los que demuestran importancia o que no la tienen lo que se comportan de forma insegura. Aunque hay personas con características parecidas, la personalidad es única en cada ser humano, ya que cada personalidad es la síntesis de la forma de ser, sentir y comportarse física, psicológica y socialmente frente a las distintas circunstancias de la vida.

Antes de seguir con el tema, se aclara que incluir el estudio de la personalidad en este eje no significa que esta se estructure solo alrededor de la afectividad, también los aspectos biológicos, cognitivos y todo lo vinculado con la naturaleza

humana están presentes en la personalidad. Al igual que para la totalidad de los temas tratados, hay diversas formas de definir y enfocar el estudio de la personalidad de acuerdo con la teoría que la sustenta, sin embargo, la mayoría coincide en que la personalidad es un **constructo** (modo de percibir o interpretar algo) que está conformada por **factores internos relativamente estables que hacen que la conducta de una persona sea consistente en diferentes ocasiones y distinta de las conductas que otras personas mostrarían en ocasiones comparables**. Esto es sencillo, aunque tal vez no lo parezca, por ejemplo: todas las definiciones de personalidad comparten elementos comunes, hacen referencia a un "adentro" que se organiza de una manera específica para cada persona.

Alguien con una personalidad fuerte (segura, con estabilidad emocional, con alta autoestima) reaccionará con rapidez frente a un accidente callejero, también cuando debe rendir un examen e insistirá para obtener algo que desea y le es negado.

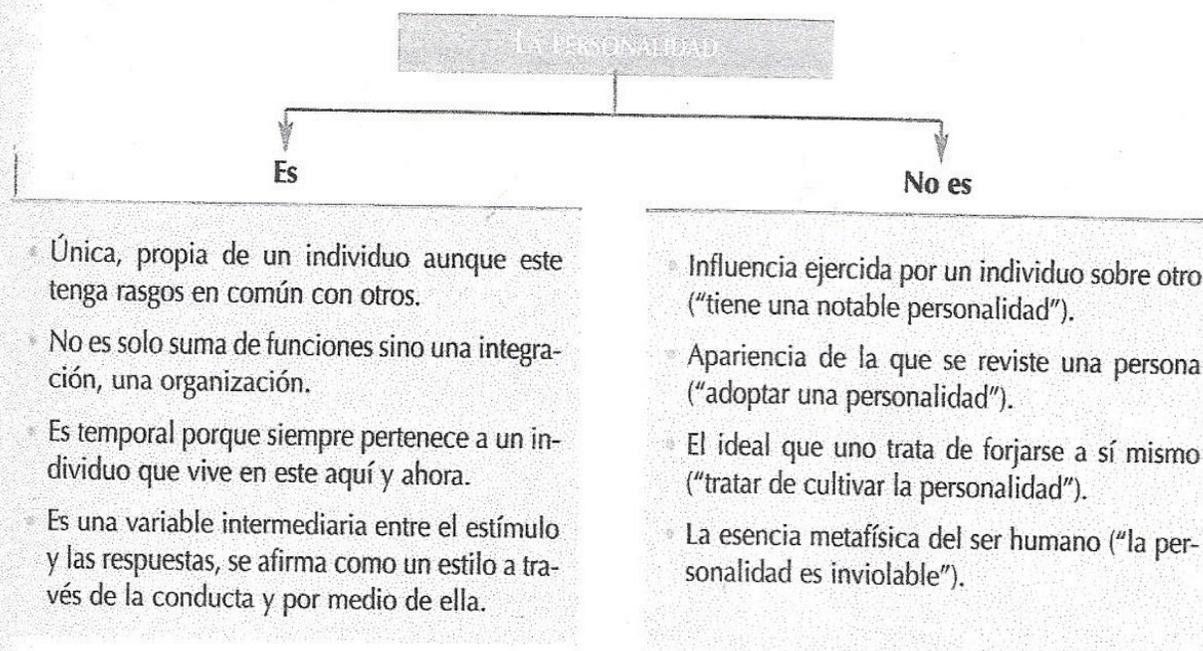
De acuerdo con esa personalidad conformada, cada uno actúa en el mundo externo a través de conductas que la expresan.

Gordon Allport define la **personalidad** como la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan los ajustes del individuo al medio circundante. Analicemos esta definición:

- **Organización dinámica.** Tengamos presente el concepto de estructura, donde el todo es más que la suma de las partes; ese todo actúa interrelacionando los componentes de la personalidad, de forma activa según los cambios que se producen.
- **Sistemas psicofísicos.** En los seres humanos es imposible separar lo biológico de lo psicológico: si me duele la cabeza es posible que esté malhumorada; si tomo sol en la playa y estoy bien acompañada, será difícil distinguir entre el placer físico y psicológico. Aunque no lo tengamos presente, nuestras conductas son una expresión psicofísica.

- **Determinan los ajustes únicos del individuo al medio circundante.** En el Eje I estudiamos la conducta como adaptación. Cada uno se adaptará a sus circunstancias según una única y exclusiva manera de ser, según su historia, sus objetivos, sus características físicas y psicológicas, sus costumbres, el momento del que se trate. Siempre la conducta humana es única e irrepetible, adecuada al aquí y ahora de cada momento en particular.

Otro autor que ha trabajado sobre personalidad es Jean Filloux, quien definió **personalidad** como la **configuración única** que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, como el conjunto de los sistemas responsables de su conducta. Vamos a analizar esta definición.



La conformación de la personalidad

Tradicionalmente se estableció que la personalidad se conforma a partir de tres elementos: **constitución, temperamento y carácter**. Bleger afirmó "la personalidad se asienta sobre un trípode formado por la constitución, el temperamento y el carácter" sobre los cuales hay una creciente influencia de los factores culturales y una decreciente incidencia de los hereditarios. Las características personales surgen de una carga genética que se va moldeando con otras influencias desde los primeros días de vida, a partir del vínculo con la madre, el padre y otros afectos. La interacción entre un individuo y el ambiente está en la génesis de la personalidad,

es decir que hay elementos constitucionales que adquieren mayor o menor relevancia e inciden en el temperamento según las pautas culturales. Por ejemplo, de un varón de fuerte musculatura se espera más probablemente que tenga un carácter más definido y otro menos desarrollado, un temperamento menos expansivo. Si bien la constitución física tiende a incidir en la personalidad, esto no será una variable inmodificable ya que las identificaciones que se realicen, en especial durante los primeros años de vida, irán conformando el temperamento y el carácter más allá de los parecidos físicos con el padre o la madre.

CONFORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD		
Constitución	Características somáticas, físicas, más básicas y permanentes; más relacionada con la herencia biológica.	Ser fornido, débil, tener ojos verdes, piernas cortas, habilidad motora, altura, contextura.
Temperamento	Características afectivas básicas y más persistentes. El aspecto dinámico de la constitución, su puesta en funcionamiento. Más relacionadas con aspectos biológicos (funcionamiento glandular, sistema nervioso) pero pueden ser modificadas por el medio ambiente.	Susceptibilidad, velocidad en las reacciones, irritabilidad, condescendencia, frialdad, ternura, expresividad, inexpresividad, estados de ánimo predominantes en general.
Carácter	Forma con la que más habitualmente reacciona una persona, el aspecto expresivo, lo que "más se nota" de la personalidad. Más relacionado con los factores ambientales. Lo más típico de cada uno.	Constancia para conseguir los objetivos propuestos. Fácilmente influenciable, poca seguridad en las afirmaciones.

LA CONDUCTA

El término conducta en la actualidad es utilizado por la mayoría de los sistemas psicológicos aunque cada uno le otorga un significado según su propia teoría. Es decir que no es una palabra del dominio exclusivo del Conductismo, si bien esta fue la primera corriente que se ocupó del tema.

Hoy, toda la Psicología estudia la conducta humana, no solo la conducta observable sino en un sentido más completo. Todos los enfoques pretenden utilizar métodos científicos y tienen como objetivo comprender la conducta humana, aunque difieren en lo relativo a la definición de conducta a la que responden y estudian desde

distintos punto de vista. Conducta es todo lo que hace, piensa y siente una persona. Esto es considerar a la conducta como un proceso dinámico (siempre en movimiento, no estática) que surge en una personalidad (forma de ser de alguien) y que está determinada por su medio ambiente (espacio, tiempo, costumbres, etc.). Nos referimos tanto a los comportamientos observables (tosar, escribir, transpirar), como a las vivencias de una persona (inventar algo, sufrir, recordar, tener dolor de cabeza).

La conducta es estudiada por la Psicología pero también por otras ciencias, y cada una lo hace desde su propio punto de vista.

Una de las definiciones de conducta más aceptada es la elaborada por Daniel Lagache, médico psicoanalista francés: "Conducta es el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales y mentales) por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades".

◦ **Conjunto de operaciones fisiológicas, motrices, verbales y mentales que se manifiestan en forma simultánea.**

- Fisiológicas: transpirar, enrojecer.
- Motrices: saludar, guiñar un ojo.
- Verbales: saludar, gritar.
- Mentales: recordar, pensar.

◦ **Organismo en situación:** se refiere a la persona en su totalidad, tanto en sus aspectos físicos como psíquicos y sus circunstancias, es decir, sus relaciones con el medio ambiente.

◦ **Reducción de las tensiones que motivan al hombre y realiza sus posibilidades:** la conducta tiene un carácter adaptativo; frente a las distintas circunstancias cada uno responde adecuadamente en lo biológico, lo psicológico y lo social.

Por ejemplo: tengo sed y consigo de beber, ya está, no más tensión. Si no consigo el agua, el tema de la sed me impide hacer nada que no esté dirigido a satisfacer esa necesidad.

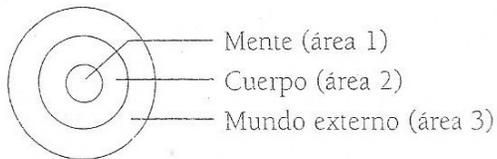
-¡Palidezco cada vez que me la cruzo en el recreo!

-¿A quién? ¿A Cristian?

-No, Cristian ya fue. Por él no se me mueve un pelo. ¿Adiviná?

Las áreas de la conducta

A partir de 1960, los trabajos sobre conducta de José Bleger fueron importantes para el desarrollo de la Psicología en la Argentina. Se propuso integrar ideas del Conductismo y del Psicoanálisis. Desarrolló las áreas de la conducta, en correspondencia con sus formas de manifestación: mente, cuerpo y mundo externo.



Los tres tipos de conducta representados como círculos concéntricos fueron graficados por el Dr. Enrique Pichón Rivière, pionero del Psicoanálisis en la Argentina.

Cualquier conducta humana se expresa en las tres áreas de forma coexistente aunque siempre se da el predominio de alguna de ellas:

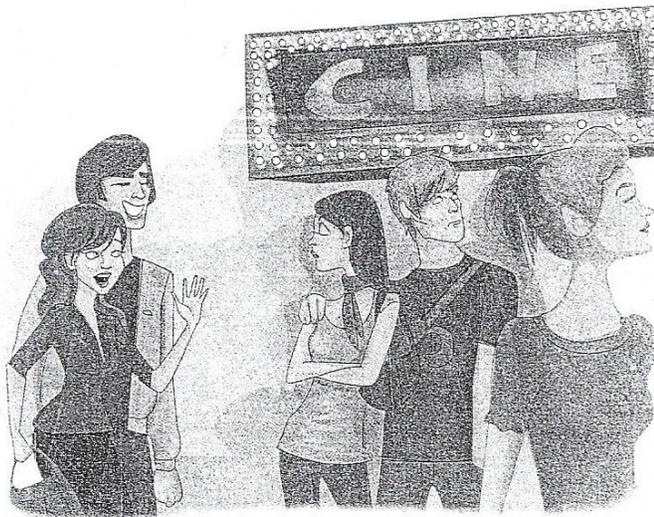
Área 1: imaginar, estudiar, amar.

Área 2: comer, manejar, sonrojarse.

Área 3: dar una lección, concurrir a una cita.

Un error común fue considerar que la Psicología solo se ocupa de conductas "mentales" (área 1), la Biología de las "físicas" (área 2) y la Sociología de las "sociales" (área 3), ya que cada una se ocupa de la conducta de forma diferente.

El predominio estable de la conducta manifestada en alguna de las áreas se corresponde con características definidas de las personas. Por ejemplo, un deportista se manifestará más con conductas corporales, un intelectual con el pensamiento y el lenguaje y una persona sociable lo hará en el área de sus relaciones interpersonales. Observen la escena y reflexionen sobre el tema.



En la entrada del cine, ¿será posible observar qué tipo de conducta predomina en cada personaje?

ACTIVIDADES

- Describan las conductas de acuerdo con el área predominante en cada uno de los personajes.
- Relaten una situación de sus vidas cotidianas que incluya el predominio las áreas mente, cuerpo y mundo externo.
- Elijan algún programa de televisión que vea la mayoría de su clase. Seleccionen dos o tres personajes y describan sus conductas habituales, determinando las áreas de conducta que predominan en cada uno de dichos personajes.

LOS CONFLICTOS



Es posible que se puedan reconocer en alguna de estas situaciones: ¿sigo estudiando o me voy a dormir?, ¿salgo con mis amigos o con mi novia?, ¿saco la entrada para el recital o ayudo a pagar las cuentas de mi casa?, ¿la perdono? Cuando coexisten motivaciones contradictorias

estamos frente a **conflictos**. No siempre son de carácter negativo; muchas veces obran como estímulos que nos posibilitan desarrollarnos, porque a diario se presentan situaciones que sin ser conflictivas en sí mismas, pueden llegar a serlo en tanto no sepamos cómo resolverlas y esto determina el conflicto. Cuando podemos resolver un conflicto, cualquiera sea su importancia, hemos aprendido a discernir, hemos considerado lo que más nos conviene y hemos podido renunciar a algo (lo no elegido). Lo ideal no es la ausencia de conflictos sino el saber resolverlos de forma adecuada, acorde con nuestros sentimientos y necesidades. No siempre los conflictos son observables, en general son las motivaciones inconscientes las que resultan más difíciles de conocer y por lo tanto resolver.

Los conflictos psicológicos pueden ocurrir dentro de uno mismo (intrapersonales) y entre integrantes de los grupos o instituciones (interpersonales). Kurt Lewin desarrolló tres modelos de conflicto intrapersonales.

TIPOS DE CONFLICTOS

Atracción-Atracción	Dos motivos atrayentes pero incompatibles.	¿Voy a andar en bici o a correr?
Rechazo-Rechazo	Dos situaciones desagradables pero debe optarse por alguna.	Estos zapatos son horribles y las zapatillas están rotas, pero con algo tengo que calzarme.
Atracción-Rechazo	Dos tendencias opuestas pero ambas son compartidas por el mismo objeto.	Me encanta esa chica, pero es la novia de mi amigo.

La frustración

La frustración es una situación que se experimenta cuando no se logra el objetivo deseado. Desde la mínima frustración cotidiana (“¡Ufa!, se me fue el micro”) hasta las más significativas (“Tengo que dejar el ‘cole’, debo trabajar para ayudar a mi familia”), implican un aprendizaje.

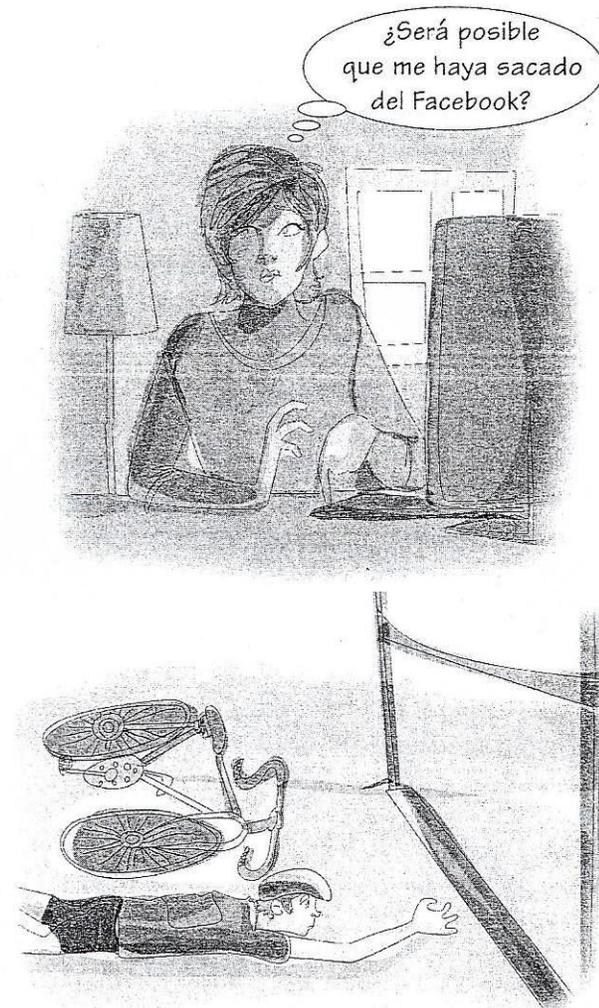
Es importante para el desarrollo de la personalidad aprender a superar frustraciones, ya que la tolerancia es lo que posibilita emprender nuevos objetivos, no desalentarse ante los fracasos es una forma de madurar. La mayor o menor tolerancia a las frustraciones expresa el grado de equilibrio emocional de una persona.

La frustración es una experiencia emocional desagradable que al comienzo desorganiza la conducta, “¿y ahora qué hago?”, produce una paralización transitoria hasta que se toma alguna decisión que pasa a ser una nueva motivación relacionada con otro objetivo, presumiblemente ligado al primero: “Bueno, no aprobé esta vez, me preparo para la próxima”.

Los obstáculos para conseguir lo que deseamos pueden ser **internos**, si dependen de uno mismo, o **externos**, o se deben a otras personas o circunstancias.

Nos todos los autores consideran que tolerar una frustración brinda una nueva oportunidad para madurar; por el contrario, hay otra forma de entender esto que afirma que toda frustración es seguida de algún tipo de conducta agresiva o violenta, a esto se llama **frustración-agresión**. Este tipo de respuestas no necesariamente se reflejan en una conducta agresiva para con los demás, la agresión puede ser autodirigida

(asumiendo el carácter de culpa). Algo común: caerse en la calle y empezar a decir malas palabras. Algo común y más grave: pierde el partido su cuadro favorito y la hinchada rompe todo a su paso. Hay quienes explican la violencia en la sociedad como consecuencia de frustración de algunos sectores de la población, sin embargo esto no es suficiente porque existe una multiplicidad de variables.



No siempre es posible llegar a la meta.

PSICOANÁLISIS

En cada persona se producen “fenómenos” de carácter psíquico desconocidos por ella misma y que ejercen un amplio poder en la determinación de su conducta. Lo inconsciente está separado, escindido, del pensar consciente del ser humano. Antes de Freud, la Psicología aceptaba la existencia de ideas latentes, momentáneamente fuera de conciencia por falta de interés o de fuerza pero que podían volver a formar parte de ella. Sin embargo, no se había avanzado mucho en la investigación de este hecho.

Freud observó durante el tratamiento de sus pacientes que estas ideas olvidadas tenían gran importancia pues se vinculaban con sentimientos o emociones fuertes o conflictivas que por tal motivo eran “olvidadas” o apartadas de la conciencia. Esto se producía por un mecanismo

inconsciente, la **represión**, que está relacionado con conflictos de origen sexual infantil desconocidos por quien los padece. También determinó que la “**actividad psíquica es integral, y dinámica, ya que se modifica permanentemente de acuerdo con las circunstancias**”.

A partir del tratamiento de sus pacientes, Freud estableció que las dificultades que tenían para recordar algunos acontecimientos o sentimientos conflictivos se debían a un mecanismo que llamó **represión**. Estos conflictos reprimidos que parecían olvidados aparecían de forma disfrazada y ocasionaban trastornos psicológicos. Comprobó también que los mismos estaban en relación con circunstancias de carácter sexual conflictivas ocurridas durante la infancia y que quedaban atrapados en el **inconsciente**.

Inconsciente. Sede de los conflictos reprimidos de carácter sexual que no tienen lugar en la conciencia por efectos de la represión.

El inconsciente es algo psíquico, no está en un lugar anatómico determinado. Se llega a su conocimiento a través de distintas manifestaciones como los sueños, los actos fallidos (las “equivocaciones” que solemos tener), por algunos chistes y por los llamados síntomas neuróticos.

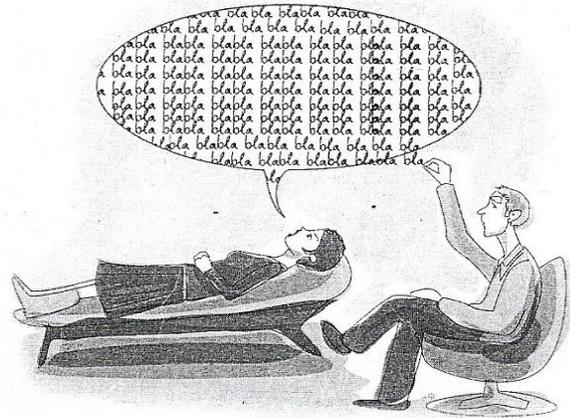
Durante sus primeros años de trabajo, Freud recurrió a la hipnosis de los pacientes. Luego incorporó un método llamado catártico, que incitaba al enfermo neurótico a decir todo lo que

sentía o pensaba, tuviera o no relación con lo que se estaba hablando. Luego de varios años de trabajo decidió que la **asociación libre** debía ser el método central del Psicoanálisis. Las asociaciones que va realizando el paciente y la relación especial que va estableciendo con su terapeuta reactiva los vínculos con las personas significativas de su infancia y se llama **transferencia**, eso lleva gradualmente al conocimiento de los motivos causantes de la neurosis.

El funcionamiento del inconsciente

En el inconsciente no funcionan la lógica del tiempo ni del espacio, tiene una legalidad muy particular regida por sus propias leyes, el antes y el después no guardan relación cronológica y se fusionan las imágenes, se “deforma la realidad” para construir una diferente que combina deseos, percepciones, recuerdos.

El inconsciente está poblado de “huellas” agradables y desagradables ya sea de experiencias infantiles u otras que cuando han sido “traumáticas” quedan reprimidas (separadas y olvidadas) y en el inconsciente aparecen de distintas formas, según ciertas “leyes”.



LEYES QUE RIGEN EL INCONSCIENTE

Ley	Se trata de	Ejemplos
Atemporalidad	Coexisten los deseos infantiles con los adultos, se mezclan los tiempos.	Sueño que estoy frente a un libro en la casa de mi novia, pero ella es mi maestra de 1er. grado que me enseña a leer mientras yo escribo con lápiz sobre el mantel.
Ausencia de contradicción	Los deseos o sentimientos contradictorios pueden coexistir sin que resulte conflictivo. Algo nos gusta y nos disgusta al mismo tiempo.	Sueño que entro en un lugar donde todo es muy bello, armónico y luminoso; sin embargo, me quiero ir rápido de ese lugar y no sé por qué.
Predominio del principio del placer	La realidad psíquica predomina sobre la realidad material. No se puede esperar para satisfacer el deseo. Es la búsqueda del placer sin ningún tipo de censura.	Acto fallido. Tiene que ir con su moto a buscar a la novia y está jugando al fútbol con sus amigos, cuando se decide se da cuenta de que “perdió la llave de la moto”.
Proceso primario	Es el mecanismo fundamental del sistema inconsciente. Establece la posibilidad de que el deseo realice distintas transformaciones. En los sueños estas se producen de forma permanente, en especial los desplazamientos y las condensaciones .	Desplazamiento. Durante el día alguien me gana una discusión, luego sueño que hablo ante un auditorio y convengo a todos con mi discurso, descalificando los argumentos de mi rival. Condensación. Es mi hermano, pero tiene puesta la remera de mi novio y se peina igual que el rector.

MANIFESTACIONES DEL INCONSCIENTE

El inconsciente puede llegar a conocerse a través de algunas de sus manifestaciones, como son, por ejemplo:

- **sueños;**
- **actos fallidos** (“equivocaciones”, olvidos);
- **síntomas neuróticos.**

Estas manifestaciones proporcionan datos que permiten conocer los contenidos que no llegan a la conciencia. Sin embargo, no es fácil comprenderlos ya que su real significado aparece deformado como consecuencia de las leyes que vimos en la página anterior. Es así como si bien el inconsciente se hace escuchar a través de los sueños, olvidos, chistes o síntomas, no es fácil comprender sus mensajes. Tampoco es neces-

rio desentrañarlos, excepto en aquellos casos que expresan conflictos emocionales capaces de perturbarnos en algún sentido.



Los sueños

El tema de los sueños ha sido interesante para la humanidad en todos los tiempos; a través de su historia se han elaborado fantasías y teorías de lo más variadas. Hay sueños bíblicos, sueños cabalísticos y obras literarias acerca de ellos. Todos tenemos la experiencia permanente del soñar. Hay quienes recuerdan mejor sus sueños y quienes afirman no recordarlos nunca.

Para algunas personas, los sueños son generalmente placenteros, para otras suelen estar cargados de angustia. Para Freud los sueños fueron la “pista” más apropiada para llegar al conocimiento del inconsciente, los llamó la *vía regia* del inconsciente. En su obra *La interpre-*

tación de los sueños demostró cómo, de acuerdo con su teoría, los sueños son la realización de deseos.

¿Cómo se explica entonces que muchas veces soñemos cosas tan desagradables? Esto se debe a que los deseos que se realizan en los sueños son deseos inconscientes y estos no siempre son coincidentes con lo que deseamos de forma consciente. Esos deseos aparecen disfrazados en lo que soñamos, y por lo tanto no es fácil conocerlos. En el sueño se distingue entre un contenido manifiesto, que es el relato de lo que soñamos, y un contenido latente que se refiere al real significado que tiene ese sueño.

Los actos fallidos

Los actos fallidos son otra de las manifestaciones del inconsciente. Se llaman actos fallidos a aquellos olvidos de nombres o palabras, équivocaciones al leer, escribir o hacer algo, a las sustituciones y los errores que cometemos en la vida diaria y que se deben a causas desconocidas, y surgen involuntariamente. Son una expresión normal de la vida de cualquier persona. Ocasio-

Los síntomas neuróticos

Un síntoma delata una enfermedad; la fiebre es un síntoma, debemos ver qué está expresando, de la misma manera cuando algún conflicto inhibe un comportamiento debe averiguarse la razón, por ejemplo, el miedo a subir en un vehículo constituye un síntoma que en cada sujeto obedece a determinadas causas. Todo síntoma es siempre señal de algo. En el caso de los síntomas neuróticos, la señal está indicando algún desajuste psíquico entre un deseo inconsciente y la imposibilidad de satisfacerlo. Los síntomas neuróticos, al igual que los sueños y los actos fallidos y algunos chistes, son otra de las manifestaciones del inconsciente, pero tanto los sueños como los actos fallidos forman parte de

nan situaciones risueñas o desagradables. Muchas veces cometemos "actos fallidos" en los cuales nos es relativamente fácil reconocer el deseo inconsciente que estamos expresando a través de ellos. Tengo que ir a una cita que me resulta complicada, y se me pasa la hora "sin darme cuenta", o bien el famoso "sin querer, queriendo" de algunas situaciones habituales.

la vida normal, mientras que los síntomas neuróticos indican algún grado de patología.

La mayoría de las personas portamos algún tipo de síntoma neurótico (por ejemplo, no pisar las juntas de las baldosas); ello no es sinónimo de enfermedad mental ni de desequilibrio. La molestia, la preocupación o las limitaciones que el síntoma produzca determinarán la necesidad o no de la psicoterapia. Algunos síntomas neuróticos:

- Una persona que jamás sale de su casa sin volverse varias veces para comprobar si es que ha cerrado bien la puerta.
- Un chico que cada vez que debe rendir un examen queda afónico.

La evolución psicosexual

El concepto de **sexualidad** es central para la teoría psicoanalítica, por lo que en principio debe comprenderse que Freud entendió este término de una forma distinta de la que se utiliza en el lenguaje cotidiano.

Para él, la sexualidad no es un instinto ni se reduce solo a la genitalidad, sino que es una **pulsión que no se dirige a un objeto ni un fin determinado**, sino que varía a lo largo de la vida de una persona y que se expresa de distinta forma en cada una de sus etapas de evolución. Por ello, el concepto de sexualidad se define como el producto de la historia infantil de cada uno y no como un producto de la naturaleza.

Cuando las pulsiones se dirigen hacia los distintos objetos generan una energía llamada **libi-**

do que es un impulso al placer. Por eso es la terminología psicoanalítica, "libidinizar" se utiliza como sinónimo de "amar algo" ya sea referido a otra persona, un objeto, una actividad que se emprende, etcétera. Freud consideró que las pulsiones se dirigen hacia distintas zonas u órganos corporales (**zonas erógenas**) en los que se centran las gratificaciones sexuales (en el sentido explicado arriba) y que van variando desde el nacimiento hasta la pubertad y su evolución es de suma importancia para el desarrollo psicológico de las personas. Hay que señalar que importa el carácter evolutivo de las etapas psicosexuales más que su cronología, con esta salvedad están desarrolladas, tal como fueron planteadas por Freud.

Las etapas de evolución psicosexual

La etapa oral. Desde el nacimiento hasta los 18 meses. Zona erógena: la boca. El placer fundamental es el chupeteo.

La etapa anal. Entre los 18 meses y los 3 años. Zona erógena: el ano. Hay una actividad intestinal que causa alivio y placer en su faz expulsiva.

La etapa fálica. Entre los 3 y los 5 años. Zona erógena: los órganos sexuales. El pene en el varón y el clítoris en la niña son centros de interés. En esta etapa surge el complejo de Edipo.

El período de latencia. La segunda infancia y hasta la adolescencia. Los impulsos sexuales y agresivos quedan como "dormidos", hay un aquietamiento temporario o en "estado latente". Esto como consecuencia de la intensidad del conflicto edípico.

La etapa genital. De la adolescencia en adelante. Durante la pubertad surgen transformaciones madurativas a partir de las que se acentúa la atracción por el sexo opuesto, se erotizan los órganos genitales.



El aparato psíquico: primera y segunda teoría

En primer lugar, es necesario aclarar que Freud habla del aparato psíquico humano en relación con una forma particular de funcionamiento sin hacer referencia a aquellos aspectos anatómicos o neurológicos. A lo largo de su vida fue elaborando un conjunto de ideas sobre el funcionamiento psíquico que dieron lugar a dos teorías sucesivas y complementarias. Ambas teorías contemplan tres elementos y también se las conoce con el nombre de tópicas (en lugar de teorías):

EL APARATO PSÍQUICO: PRIMERA Y SEGUNDA TEORÍA	
Primera teoría	Segunda teoría
Inconsciente	Ello
Consciente	Yo
Preconsciente	Superyó
Año 1913-1915	Año 1920 en adelante

Luego de leer este cuadro, verán que las palabras las conocen y seguramente las usan: “me traicionó el inconsciente”, “mi viejo es un superyoico”. Veremos ahora cuál es su significado.

Cuando se mencionan los componentes de la **primera teoría** (o tópica) es correcto hablar de sistemas:

- **Sistema inconsciente:** ya lo describimos por ser el pilar fundamental de la teoría psicoanalítica.
- **Sistema preconsciente:** formado por aquellos sentimientos, pensamientos, fantasías y representaciones que no están presentes en la conciencia, pero que pueden hacerse presentes en cualquier momento, sin vencer gran resistencia para que se hagan conscientes. Cuando decimos “lo tengo en la punta

de la lengua”, casi siempre estamos haciendo referencia —sin saberlo— a algo que está representado en nuestro preconsciente. Su funcionamiento obedece a una lógica.

- **Sistema consciente:** es el que nos hace relacionarnos de forma directa con la realidad a través de todo lo que percibimos. Las representaciones conscientes son todo lo que registramos, ya sea afuera de nosotros (**lo que vemos, escuchamos, hacemos**) como lo que pasa dentro (**lo que recordamos, deseamos, sentimos**). Por medio de la conciencia conocemos las cosas de forma reflexiva. Sin embargo, para la teoría psicoanalítica no solo el sistema consciente es el que percibe, ya que también lo inconsciente y lo preconsciente están presentes en el momento de percibir. Esa presencia hace que muchas veces la percepción esté distorsionada por algún deseo inconsciente que está incidiendo.

La **segunda teoría** (o tópica) es una ampliación que realiza posteriormente Freud, el **Ello**, el **Yo** y el **Superyó** desempeñan funciones distintas pero interactúan de forma permanente, se los llama **instancias**.

La conducta es siempre dinámica ya que es el resultado de estas tres instancias o componentes del aparato psíquico:

- **Ello:** en él se alojan todos los **deseos** del ser humano. La función del **Ello** es lograr el placer y evitar el dolor o displacer. El **deseo** es el motor del aparato psíquico, y se rige por el proceso primario. Freud consideró que el aparato psíquico del bebé recién nacido forma todo **Ello**, es todo deseo que urge ser satisfecho. A partir de las experiencias vitales se irán conformando el Yo y el Superyó.

- **YO:** es la parte de nuestro aparato psíquico que reconocemos como propia. ¿Quién soy? Del **Yo** se dice que es “la parte ejecutiva” de la personalidad. Es una suerte de **organizador** que percibe las necesidades externas (“mejor estudio, tengo que aprobar esta materia”) y las internas (“tengo sueño, me voy a descansar y mañana sigo”) El **Yo** –además de la función de percibir– tiene otras muy importantes: el pensamiento, la memoria, la relación con los otros; además debe “controlar” los impetuosos deseos provenientes del Ello.
- **Superyó:** Freud afirma que al nacer todo bebé es solo **Ello** (placer), siente una sensación de hambre que requiere ser satisfecha y percibe que siempre hay alguien que lo

alimenta, luego comienza a distinguir diferentes situaciones que dan comienzo al surgimiento del **Yo**. A medida que va creciendo, continúa sus aprendizajes, entre ellos **que hay cosas que puede hacer y otras que no: comienza a formarse el Superyó**. El niño va orientando su conducta según lo indicado por los adultos, quienes le otorgan premios y castigos (“¡Qué lindo el nene, ya sabe comer solito!” o bien “¡Eso quema, no se toca!”). Así surgen dentro de cada uno representaciones internas de lo que es o no correcto, de las normas sociales y los valores de la sociedad en la que vive. Dentro del **Superyó** hay dos aspectos: 1) lo que no debe hacerse y 2) lo que sí debe hacerse para ser mejor. El primero se llama **conciencia moral** y el segundo **ideal del Yo**.

Su funcionamiento

Estas dos formulaciones sobre la estructura del aparato psíquico funcionan de forma dinámica, requieren energía y se interrelacionan. Así como nuestro organismo requiere energía para realizar funciones vitales tales como respirar, caminar, etcétera, hay actividades psíquicas como percibir, razonar, soñar, imaginar, recordar, que necesitan de una energía psíquica.

La cantidad de energía psíquica es limitada y se distribuye entre el Ello, el Yo y el Superyó. Cuando una de las instancias utiliza mucha cantidad de energía, las otras se debilitan. Por ejemplo, una persona con mucha atención leyendo algo interesante (Yo) está en ese momento me-

nos expuesta a dejarse invadir por la pereza (Ello). Otro ejemplo es la frase: “En el momento de mayor tensión y silencio no pudo contener un grito de insulto”, demuestra el predominio del Ello (el principio de placer sobre el principio de la realidad).

Esta dinámica es permanentemente cambiante, no funciona de forma rígida; en las personalidades sanas existe un equilibrio entre el Ello, el Yo y el Superyó bajo la coordinación del Yo, pues entre sus funciones está el contacto con la realidad. El Yo trata de mantener una armonía entre las pulsiones instintivas (Ello) y sus frecuentes choques con el Superyó.

7.5. Las conductas defensivas ante los conflictos

Las conductas defensivas son aquellas que permiten controlar los conflictos disminuyendo la ansiedad o la inseguridad, pero sin resolverlos. Ellas pueden ser:

- eficaces,
- ineficaces.

Eficaces: porque el sujeto, si bien no resuelve el conflicto, obtiene gratificaciones que acrecientan su yo. El único mecanismo de defensa eficaz es la **sublimación**.

Sublimación: consiste en transformar la energía psíquica reprimida en actividad socialmente aprobada. Ejemplo, al no poder distinguirse físicamente, el sujeto estudia al máximo y obtiene así gratificaciones que no logra de otro modo.

Ineficaces: porque el sujeto no logra, a través de estas conductas, solucionar su o sus conflictos, pero sí le permiten aliviar la tensión psíquica que éstos le producen. Su uso indiscriminado los convierte en mecanismos patógenos. Veremos algunos tipos.

- + a) **Proyección:** consiste en atribuir a otras personas u objetos intenciones que son propias del sujeto, pero que él desconoce. De este modo, se libera del conflicto descargando la cuestión en otro. El animismo es el ejemplo más claro. El adolescente que traslada a otro la causa de su fracaso.
- + b) **Introyección:** el sujeto asimila a su conducta características de otro. Por ejemplo, para resolver una situación, actúa como lo haría su padre.
- + c) **Regresión:** el sujeto vuelve a conductas anteriores que ya estaban superadas. Por ejemplo, el niño que vuelve a usar un vocabulario infantil ante el nacimiento de un hermano.
- + d) **Represión:** consiste en negar todo el conflicto o parte de él eliminándolo de la conciencia. Pero esto no implica superar el conflicto, sino llevar-

lo al inconsciente, desde donde sigue actuando. Por ejemplo, el sujeto que quiere pegar una trompada a alguien y se reprime, no elimina la fuerza destructora sino que la aplaza.

- + e) **Racionalización:** es una forma de negación defensiva del conflicto dando justificaciones o argumentos lógicos que encubren las verdaderas razones. Por ejemplo, cuando la zorra dice: "no quiero las uvas porque están verdes", oculta el verdadero motivo: no las puede alcanzar.
- + f) **Somatización:** el sujeto expresa la energía contenida en el conflicto a través de un síntoma orgánico. Por ejemplo, ante la necesidad de explicar algo desagradable a alguien, el sujeto padece una afonía. De esta manera, evita el conflicto.
- + g) **Desplazamiento:** el sujeto descarga la tensión del conflicto en otra persona u objeto. Por ejemplo, cuando un padre regresa de la oficina preocupado y se enoja con sus hijos.
- + h) **Formación reactiva:** el sujeto actúa en forma contraria a la que indica el conflicto. Por ejemplo, el sujeto que habla en forma agradable a alguien a quien insultaría. Esto le produce alivio a su angustia y obtiene un mayor grado de aprobación social.
- + i) **Negación:** consiste en negar lo que resulta intolerable para el propio yo. El sujeto no acepta que tiene un conflicto; al negarlo, no necesita resolverlo, pero el conflicto sigue existiendo y presionando.
- j) **Ensoñación:** el sujeto escapa del conflicto dejándose llevar por la fantasía y los sueños. Imagina situaciones futuras exitosas que alivian sus problemas. (Este aspecto se tratará más adelante en el capítulo 9.)



Sigmund Freud (1856-1939). Psiquiatra austriaco, creador del psicoanálisis. Escribió numerosas obras; entre ellas, *La interpretación de los sueños*.

1

Actividad

- La psiquiatría y la psicología tienen que ver con el estudio y tratamiento de los trastornos mentales. ¿Cómo se diferencian estas disciplinas?
- ¿Qué es el psicoanálisis?, ¿cómo se relaciona con la psicología y la psiquiatría?

Muchos términos empleados en este capítulo (*delirio, paranoia, estrés, depresión, entre otros*) se utilizan comúnmente en el lenguaje cotidiano de diferentes modos. Aquí se definen científicamente.

Salud y trastornos mentales

La *salud mental* es el estado de relativo equilibrio psíquico-emocional de las personas. Es un equilibrio naturalmente *inestable* que los sujetos tratan de mantener o adecuar a nuevas circunstancias. Durante mucho tiempo, la falta de salud mental se llamó "locura" y a las personas con trastornos mentales las denominaban "locas" y las aislaban en instituciones llamadas "manicomios". La concepción actual del tema es muy diferente, aunque esas palabras aún se emplean, lamentablemente, como forma de discriminación.

Aquí trataremos los *trastornos mentales* (alteraciones en la manera de pensar, sentir y actuar de los sujetos afectados) y las *patologías sociales* (violencia, suicidio) que derivan en trastornos psíquicos. Estos temas son una buena parte de los problemas de salud en todo el mundo. Los trastornos mentales en conjunto han aumentado en el siglo XX. En primer lugar, porque aumentó la población de personas entre 15 y 45 años, donde se registra la mayor incidencia de la *esquizofrenia*. En segundo lugar, porque aumentó el número de personas de más de 65 años, donde la incidencia de la *demencia senil* es mayor. Hay diferentes tipos de trastornos mentales, entre ellos, las *psicosis* y las *neurosis*.

Psicosis

Las psicosis son alteraciones de la conciencia en las cuales las personas pierden contacto con la realidad y construyen una visión distorsionada del mundo. Dentro de las psicosis se incluyen la *esquizofrenia* y los *trastornos psicóticos afectivos*.

Esquizofrenia

Es un trastorno grave que puede manifestarse entre los 15 y 45 años de edad. Sus síntomas más frecuentes son:

- *Delirios*: ideas sin correlato con lo real, alejadas de las creencias prevalentes en la comunidad.
- *Alucinaciones*: escuchar, ver o sentir cosas que no están presentes.
- *Pensamiento desordenado*: confuso, incoherente, con saltos de pensamiento entre tópicos inconexos.
- *Afecto plano*: estado de humor que no refleja emoción alguna.
- *Retraimiento social*: las personas se aíslan, no hacen ni conservan amistades.
- *Comportamiento catatónico* (disminución de la reacción al entorno) o *hiperactividad* (que no guarda relación con el estímulo).
- *Deterioro general* de la persona.

En la esquizofrenia *aguda* predominan los tres primeros síntomas y en la esquizofrenia *crónica*, los últimos.

A pesar de múltiples investigaciones que han intentado demostrar el origen genético de la esquizofrenia, se ignora, aun aceptando el factor hereditario, qué es lo que se hereda. En la segunda mitad de la década de 1950 surgió en los Estados Unidos una teoría sobre el origen de la enfermedad y su mantenimiento, a partir de los modos de comunicación prevalente en las familias con hijos esquizofrénicos. Gregory Bateson elaboró la teoría del *doble vínculo*, según la cual el esquizofrénico responde con su enfermedad a mensajes contradictorios (*dobles mensajes*: "te amo/te odio") emitidos hacia él por sus familiares. Esta perspectiva sigue aún vigente, sobre todo en la terapia *familiar sistémica*, basada en la comunicación y el funcionamiento integral de la familia de las personas que sufren síntomas psicopatológicos.

Estudios epidemiológicos indican que la esquizofrenia tiene más prevalencia en los estratos sociales bajos que en los altos. Para algunos autores, las condiciones de vida adversas y estresantes incrementan el riesgo de la enfermedad. Para otros, se debe al desplazamiento de las personas a estratos más bajos, debido a la incapacidad resultante de la enfermedad. Actualmente no existe un tratamiento capaz de "curar" la esquizofrenia. No obstante, una combinación de psicofármacos e intervenciones psicosociales basadas en la familia y en la comunidad es la mejor terapia, obteniéndose con frecuencia la mejoría o al menos la detención del deterioro de los pacientes.

La experiencia demuestra que la hospitalización prolongada en grandes instituciones (*manicomios*), en general con escaso personal, conduce al deterioro de los pacientes. Los programas actuales alientan el tratamiento *ambulatorio*, salvo en los casos en los que el paciente constituye un riesgo para sí mismo o para los demás. Cuando es necesario, se los hospitaliza por períodos cortos, complementando la terapia con administración supervisada de psicofármacos, rehabilitación laboral y apoyo a la familia.

Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suizo que introdujo el término "esquizofrenia" en 1911.



Gregory Bateson (1904-1980). Antropólogo inglés, etólogo y teórico de la comunicación.

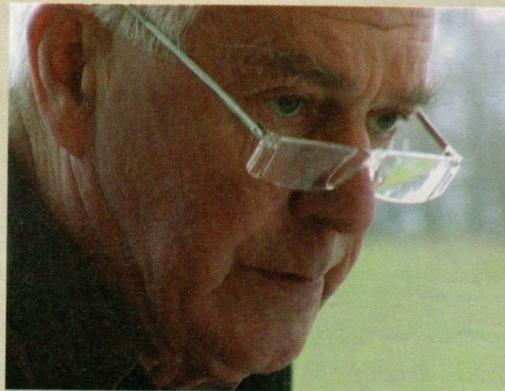
Autor de la teoría del doble vínculo que permitió una nueva visión sobre la esquizofrenia.



La **paranoia** es una forma de esquizofrenia cuyo síntoma más importante son los delirios persecutorios (la persona siente que es perseguida y acusada injustamente).

Casos

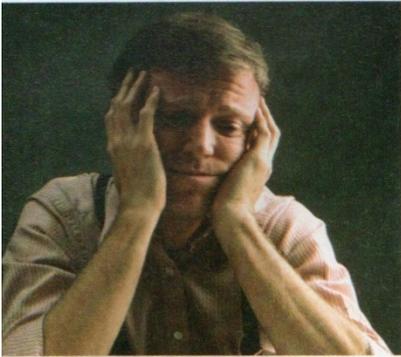
La película *Una mente brillante* (*A beautiful mind*, Ron Howard, 2001) trata sobre la vida de John F. Nash (1928-), matemático estadounidense que a pesar de padecer esquizofrenia obtuvo el Premio Nobel de Economía en 1994.



John F. Nash.

Investigá en diversas fuentes sobre la esquizofrenia, sus características, las diferentes explicaciones sobre su origen, estadísticas en el mundo y en la Argentina.

2
Actividad



Cotidianamente, se habla de *depresión* para referirse a estados de tristeza o apatía. No debe confundirse con la depresión vinculada con la psicosis.

Trastornos psicóticos afectivos

Se caracterizan por un cambio en el humor o en la afectividad, que toma la forma de estados depresivos o bien de euforia o excitabilidad (*manía*). Se tratan con medicación adecuada. Con frecuencia se repiten a lo largo de la vida de una persona y comprenden dos tipos de trastornos:

■ **Trastorno afectivo bipolar (o psicosis maniaco-depresiva):** se alternan episodios eufóricos, de hiperactividad (la persona puede ser demasiado impulsiva y energética, con compromiso exagerado en sus actividades, control deficiente del temperamento y sentido exagerado de autoestima), con estados de decaimiento y sentimientos abrumadores de ansiedad, baja autoestima y, en algunos casos, pensamientos suicidas. Estas fluctuaciones del estado de ánimo son a menudo muy abruptas. Afecta por igual a hombres y mujeres y aparece generalmente entre los 15 y 25 años.

■ **Trastorno afectivo unipolar (o psicosis depresiva):** únicamente hay estados de depresión. Los síntomas son:

- Insomnio o exceso de sueño (*hipersomnia*).
- Cambios en el apetito, con aumento o pérdida de peso.
- Fatiga, decaimiento, falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa inapropiada.
- Disminución de la capacidad de concentración.
- Agitación, inquietud e irritabilidad.
- Apatía, retraimiento, pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban (como la actividad sexual).
- Tristeza, sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos de muerte o suicidio.

La depresión puede ser leve o profunda. Su prevalencia es alta (diez veces más que la esquizofrenia). Si es muy severa puede estar acompañada de delirios y alucinaciones, consecuentes con el ánimo deprimido y enfocadas en temas de culpa. En algunas personas la depresión se manifiesta por síntomas somáticos: dolor crónico, fatiga y dolor de cabeza persistente. La consecuencia más dramática de la depresión es el suicidio.

Se llama *depresión reactiva* al estado anímico que se produce frente a pérdidas que generan situaciones de duelo, donde los sentimientos de tristeza profunda experimentados un cierto tiempo después de la pérdida son esperables.

3

Actividad

Respondé a estas preguntas:

- ¿Cómo se diferencia la esquizofrenia de los trastornos afectivos?
- ¿Cómo se diferencian los trastornos afectivos bipolares de los unipolares?

Casos

En las intoxicaciones agudas se pueden presentar síntomas de trastornos mentales. Por ejemplo, el **delirium tremens** en personas alcohólicas, producido por suspensión abrupta del consumo (*abstinencia*) o una intoxicación grave, que incluye pulso acelerado, convulsiones y alucinaciones.

Neurosis

A diferencia de lo que ocurre en las psicosis, en las neurosis las personas no confunden sus experiencias subjetivas y fantasías con la realidad; por ello, son menos graves que las psicosis. La conducta puede verse seriamente afectada, pero la personalidad no está desorganizada. Su prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres. Se tratan con medicación adecuada y psicoterapia. Dentro de las neurosis se incluyen:

- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Caracterizado por la presencia de angustia y ansiedad de forma reiterada, con preocupación excesiva acerca del impacto del evento o circunstancia que es motivo de la preocupación. Se manifiesta por síntomas derivados de la hiperactividad del sistema nervioso autónomo (palpitaciones, sequedad de boca, mareos, náuseas, sudoración).
- **Trastorno de pánico (fobias).** Se caracteriza por episodios repetitivos e impredecibles de miedo intenso, que pueden durar desde minutos hasta horas, acompañados por síntomas de ansiedad severa: mareos, náuseas, palpitaciones, temblor, sudor; a veces, se dan sentimiento de irrealidad, miedo a morir o a enloquecer. Los síntomas pueden aparecer a partir de los 25 años de edad. Las personas *agorafóbicas* tienen miedo a los espacios abiertos, por lo que muchas veces no pueden salir de sus casas solas. Las personas *claustrofóbicas*, en cambio, experimentan temor a los espacios cerrados, por lo que se ven a menudo imposibilitadas de viajar en subterráneos o de usar ascensores.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo.** Trastorno de ansiedad caracterizado por obsesiones y/o compulsiones. Las *obsesiones* son sensaciones, pensamientos y sentimientos fijos y recurrentes. Las *compulsiones* son patrones de comportamiento recurrente y consciente, que una persona se siente impulsada a realizar a modo de ritual, manifestado en actos mentales (rezar, repetir palabras silenciosamente, contar) o en acciones físicas (limpiar exageradamente la casa, controlar varias veces si las llaves del gas están cerradas, lavarse las manos a cada momento). Este tipo de neurosis se observa generalmente entre los 20 y 30 años.

Casos

La **hipocondría** es un miedo excesivo a las enfermedades, expresado en una preocupación constante ante cualquier síntoma que pudiera denunciar una enfermedad.

El **trastorno de identidad disociativo** (*personalidad múltiple*) consiste en la existencia de dos o más estados de identidad distintos en una persona, que se alternan en el tiempo.



Las fobias son un tipo de neurosis que afecta a muchas personas.

4

Respondé a estas preguntas:

- ¿A qué se llama neurosis?
- ¿Cómo se diferencian de las psicosis?
- ¿Qué es un trastorno de ansiedad generalizada?
- ¿Qué es una fobia?

Actividad

5

Actividad

Respondé a estas preguntas:

- ¿Cómo se diferencian los distintos tipos de neurosis?
- ¿Qué es el estrés?
- ¿Cómo se puede prevenir?

■ **Trastorno de estrés postraumático.** Es una respuesta persistente en el tiempo a una experiencia catastrófica. Las personas afectadas sufren vivencias retrospectivas (*flashbacks*) que perturban sus actividades cotidianas, recuerdan reiteradamente y sueñan con los acontecimientos traumáticos que han vivido. Presentan un estado elevado de alerta generalizada, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse e insomnio, y también síntomas *evasivos*: incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, aislamiento de las personas, lugares u objetos que hacen revivir el evento, "insensibilidad" emocional o sentimiento de que nada importa, sentimiento de despreocupación e indiferencia y de futuro incierto. Este tipo de trastorno se presenta en las víctimas de desastres naturales, incendios, guerras y otras manifestaciones de violencia, como asaltos, torturas, violaciones y abuso familiar.

Estrés

A diario hablamos de *estrés* para referirnos a tensiones que pueden producir daños en la salud. Sus síntomas más frecuentes son: dolor de cabeza, tensión muscular, dolor abdominal (sobre todo en niños), respiración acelerada, fatiga, mareos, diarrea, insomnio, irritabilidad, poca concentración.

El estrés es un importante factor de riesgo en las enfermedades cardíacas, entre otras. Hay evidencias claras que relacionan situaciones de tensión sostenida e infarto de miocardio, muerte súbita y/o arritmias graves. Las sustancias cerebrales liberadas en situaciones de miedo, incertidumbre o pérdida de control activan neurohormonas que regulan funciones fisiológicas como la frecuencia y el ritmo cardíacos y la presión arterial. Estos factores están presentes también e inducen cambios desfavorables en patologías como la hipertensión arterial, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad o la hipercolesterolemia. En muchos individuos producen grandes oscilaciones, por ejemplo, en la presión arterial, cuando deben enfrentarse con situaciones cotidianas que perciben como adversas. Se ha observado que estas oscilaciones permiten predecir episodios y complicaciones cardiovasculares.

Todas estas situaciones requieren estrategias de prevención orientadas al cambio en los estilos de vida: fijación de objetivos, mejor control de las situaciones estresantes, trabajo cognitivo en relación con la autopercepción, incorporación de ejercicios físicos regulares, dormir bien, tener dietas saludables, balancear el tiempo dedicado al trabajo y a la recreación.



El yoga y las técnicas de relajación y meditación ayudan a enfrentar el estrés cotidiano.

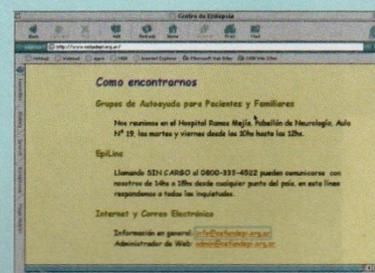
Epilepsia y demencia

Son trastornos que se vinculan al funcionamiento del cerebro. La epilepsia afecta más a niños y adolescentes, y la demencia a los ancianos.

■ **Epilepsia:** convulsiones repetidas, no provocadas, producto de descargas anormales de las células nerviosas del cerebro. Las *convulsiones* son contracciones intensas de los músculos del cuerpo. En general suelen ser *provocadas* (es decir, secundarias en relación con otra enfermedad, como una parasitosis o un tumor cerebral), aunque también pueden ser *espontáneas* (esto es, sin que exista lesión conocida). Hay medicamentos que permiten el tratamiento eficaz de la mayoría de los casos. Muchas veces este tratamiento no puede interrumpirse, a riesgo de que reaparezcan las convulsiones.

■ **Demencia:** deterioro progresivo del funcionamiento cerebral por causas metabólicas, neurológicas o de mala vascularización cerebral, que afecta a las personas, en mayor proporción, a medida que envejecen. Estos trastornos mentales de base orgánica incluyen la *demencia senil*, una deficiencia adquirida de algunas funciones mentales superiores, como la memoria, el lenguaje, la capacidad para resolver problemas de la vida diaria, las destrezas adquiridas y el control de las emociones. Son frecuentes los cambios de la personalidad, que comprenden suspicacia patológica, depresión o irritabilidad, desorientación espacial y descuido de la higiene personal. Hay dos formas principales de demencia senil: el llamado *mal de Alzheimer* (una enfermedad degenerativa progresiva) y la *demencia vascular*. Esta última se debe a infartos cerebrales múltiples; su progreso puede detenerse tratando la causa subyacente: hipertensión, ataques isquémicos transitorios, enfermedades cardíacas o anemia falciforme. El mal de Alzheimer no tiene tratamiento, aunque investigaciones recientes (una de ellas realizada en la Argentina) permiten albergar esperanzas en cuanto a una terapéutica eficaz, por lo menos en algunos casos.

- Buscá información adicional sobre la epilepsia en distintas fuentes, por ejemplo en Internet (*Fundación de Epilepsia*, <http://www.cfundepi.org.ar/>).
- Prepará un informe con los datos obtenidos.



Datos

En general, los niños varones tienen tasas más altas de trastornos mentales que las niñas de la misma edad. Los varones sufren más frecuentemente retraso mental, dificultades de aprendizaje, autismo y trastornos del comportamiento (hiperactividad y problemas de conducta). En la adolescencia las cifras tienden a emparejarse entre ambos sexos, debido a la mayor frecuencia de trastornos emocionales entre los jóvenes (ansiedad, depresión).

Autismo (aislamiento afectivo extremo): trastorno grave que ocurre en algunos niños desde la más temprana infancia y se caracteriza por la falta de reactividad hacia los estímulos del medio.

El término **violencia** en sentido amplio incluye el **abuso**: acciones perjudiciales, físicas y mentales, por acción u omisión, intencionales o no. **Violencia**, en sentido restringido, se utiliza sólo para las agresiones físicas.

Las patologías sociales

El contexto social no puede ignorarse en cuanto a su papel en la génesis y evolución de las enfermedades mentales. La vinculación entre contexto social y salud, en este caso la salud mental, ha sido un hecho poco explorado durante mucho tiempo.

Las patologías sociales han adquirido en las últimas décadas proporciones inusitadas y dejan secuelas entre las víctimas, tanto a nivel psíquico como físico. Ellas comprenden:

- **Abuso de sustancias** (véase el Capítulo 9).
- **Violencia**, en sus distintas manifestaciones:
 - **Violencia colectiva**: agresiones, torturas y represión sobre muchas personas, como ocurre en países con regímenes totalitarios, migraciones obligadas, guerras y terrorismo.
 - **Violencia intrafamiliar**: abusos y agresiones físicas o psíquicas a un miembro de la propia familia.
 - **Violencia interpersonal**: la ejercida entre las personas. Puede discriminarse por edad (sobre niños o ancianos) o sexo (especialmente sobre las mujeres).
 - **Violencia autoinfligida**: la que una persona ejerce sobre sí misma. Incluye:
 - **Automaltrato**: actos que provocan lesiones en el propio cuerpo y la automutilación, sin intención de matarse.
 - **Comportamiento suicida**: pensamientos sobre quitarse la vida, intentos de suicidio y suicidio consumado.

Se ha demostrado que estas patologías sociales son más difíciles de enfrentar en circunstancias sociales y económicas adversas, en las que predominan, entre otras:

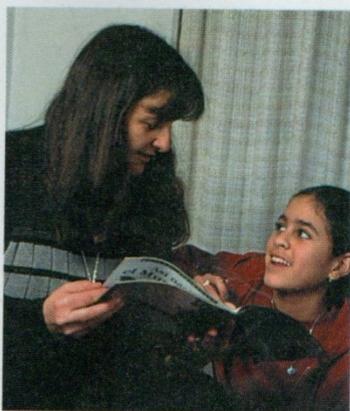
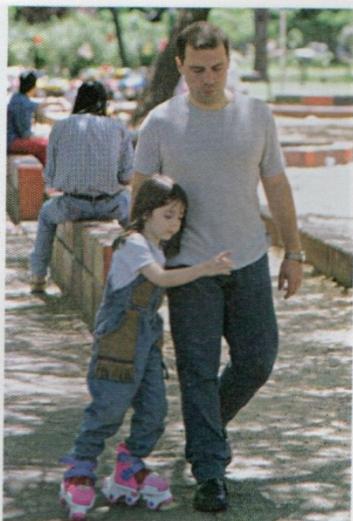
- pobreza,
- altas tasas de desempleo,
- bajos niveles educativos,
- condiciones de trabajo estresantes,
- discriminación por género.

Casos

Violencia juvenil. Muchos jóvenes están expuestos a maltrato emocional y físico, abuso sexual y abandono. Pero además de ser víctimas, hay casos en los cuales también realizan actos violentos. Las experiencias familiares, el acceso a armas de fuego, alcohol, drogas, así como la violencia política y social, afectan con más frecuencia a los jóvenes, especialmente varones. Estas conductas a menudo se originan en un ambiente familiar violento. Ejemplos de violencia juvenil en la escuela son los recientes episodios ocurridos en los Estados Unidos y en nuestro país, en Carmen de Patagones.



Kosovo. La guerra deja secuelas psicológicas difíciles de sobrellevar.



La contención familiar es un importante factor protector.

Factores de riesgo y protectores

Los *factores de riesgo* en relación con los trastornos mentales son aquellos que predisponen a que éstos sucedan. Los *factores protectores*, en cambio, se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo.

Factores de riesgo	Factores protectores
Acceso a drogas y alcohol	Integración de las minorías
Migraciones	Participación social
Aislamiento	Responsabilidad social y tolerancia
Falta de educación y de vivienda	Servicios sociales
Desorganización barrial	Apoyo social y redes comunitarias
Mala nutrición	Contención familiar, escolar y del grupo de pares
Pobreza	
Discriminación, violencia, delincuencia	
Guerra	
Estrés laboral, desempleo	

Entre los factores protectores referidos a la contención se incluyen:

- **Contención familiar.** Los adolescentes que provienen de familias no contenedoras tienen, en mayor proporción, trastornos de ansiedad, de depresión o de conducta (agresiva o de timidez extrema). La presencia en la familia de al menos un adulto capaz de contener a los hijos en la etapa de transición de la adolescencia, ofreciéndoles un marco de seguridad afectiva, es el mejor factor protector frente a los riesgos.
- **Contención escolar.** Debido a la cantidad de tiempo que los niños y adolescentes pasan en la escuela, ésta es uno de los ámbitos más importantes en los que se pueden desarrollar programas de promoción de la salud mental para reducir sus factores de riesgo. Estos programas se dirigen a:
 - reducir la impulsividad y la timidez extrema;
 - elaborar estrategias para enfrentar mejor la transición al mundo de los adultos, al dejar la escuela;
 - prevenir el consumo de drogas.

Además de estos programas específicos, las intervenciones en el medio escolar tendientes a favorecer un clima social participativo, no autoritario y que permita la innovación contribuyen poderosamente a reforzar los factores protectores.

- **Contención del grupo de pares.** A menudo los amigos son más importantes que los adultos. Entre amigos hay más intimidad y ellos son fuente de muchos aprendizajes. Pero así como contribuyen al crecimiento, también pueden ser modelos para adquirir conductas de riesgo. En este caso es crucial la contención familiar y escolar para contrarrestar los efectos negativos.

12

Actividad

Respondé a estas preguntas:

- ¿Qué otros factores de riesgo y protectores incluirías en estas listas?
- ¿Cómo pensás que podrían ponerse en práctica los factores protectores mencionados?