

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN DE ESTUDIOS
ENTRE LAS FACULTADES DE FILOSOFÍA DE LA
UNIVERSIDAD DEL AZUAY Y LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.**

**“LA SIMBOLIZACIÓN DE LOS AFECTOS Y SU EXPRESIÓN
CONFLICTIVA EN EL PLANO CORPORAL”**

**TRABAJO MONOGRÁFICO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

ALUMNO: JUAN CARLOS GARCÍA MONTENEGRO.

DIRECTORA: MST. MARTA COBOS

CUENCA – ECUADOR

2005 - 2006

DEDICATORIA

El presente trabajo monográfico va dedicado a todos los pacientes psicósomáticos, que debido a las dificultades que presentan para resolver sus conflictos dentro del plano puramente mental, lo tienen que realizar desde el plano corporal.

Para aquellas personas también, que no son del todo concientes de su condición mental-corporal y que utilizan ocasionalmente como recurso la somatización como manera de lenguaje, para que de alguna manera logren mirar desde otra posición la forma como están solucionando sus complicaciones de la vida diaria.

AGRADECIMIENTOS

Con toda sinceridad y amor le doy las gracias a mi amado maestro espiritual; Sant Sadhu Ram Ji, de quien recibí el aliento de vida para luchar por el crecimiento personal. Quien me infundió su estilo de vida simple, pero con un pensamiento elevado, dirigido a ayudar a las personas con dificultades.

Agradezco a mis padres, ya que sin ellos hubiese sido imposible concluir con mi carrera. Su apoyo emocional y económico me ha servido para seguir adelante a pesar de todas las adversidades. Su colaboración con mi formación profesional estuvo muy bien cimentada en los valores y responsabilidades que de ellos recibí.

De igual manera tengo mucha gratitud hacia mi directora; Mst Marta Cobos quien con su dirección me resultó mucho más fácil la elaboración de esta tarea previa a la graduación

“LA SIMBOLIZACIÓN DE LOS AFECTOS Y SU EXPRESIÓN CONFLICTIVA EN EL PLANO CORPORAL”

ESQUEMA DE CONTENIDOS

PRIMERA PARTE: FORMACIÓN DE SÍMBOLOS

- 1.1 APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN: Afecto, Estados Afectivos, Afectividad, Emociones, Sentimientos, Pasiones, Tendencias.
- 1.2 LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS AFECTIVAS.
- 1.3 LA CODIFICACIÓN DE LAS SENSACIONES Y EXPERIENCIAS.
- 1.4 SUCESOS TRAUMÁTICOS EN LA ETAPA INFANTIL.

SEGUNDA PARTE: CONFLICTOS EMOCIONALES

- 2.1 IRA, IMPACIENCIA E IMPULSOS VIOLENTOS.
- 2.2 PACIENTES PSICOSOMÁTICOS; CARACTERÍSTICAS
- 2.3 TRAMA DINÁMICA DE SOMATIZACIÓN Y ENFERMEDADES COMUNES

TERCERA PARTE: PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

“MANEJO DE LAS EMOCIONES”

- 3.1 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
- 3.2 DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

INTRODUCCIÓN

La ciencia ha mantenido por mucho tiempo la concepción del ser humano como un animal racional, el más elevado en la escala evolutiva, de ahí que tiende a dar mucha importancia a la inteligencia y es valorada en un rango, denominado CI. Pero ha olvidado uno de sus colaboradores muy importantes, los afectos. Estos par estructuran al ser humano en una diversidad de personalidades, cada una más compleja que la otra.

Este olvido ha provocado que las personas se preocupen más en desarrollar su intelecto que en manejar adecuadamente sus emociones, de allí que se puede encontrar seres humanos muy inteligentes pero ineptos a la hora de sentir o expresar afectos, su capacidad de disfrute se halla limitada a la lógica más que a la satisfacción de las pequeñas pero poderosas razones que la vida nos proporciona.

Estas personas tienen la dificultad para identificar y/o expresar emociones y son las más propensas a somatizar. Hecho que ocasiona que por simbolización, sus afectos se expresen en el cuerpo. Siendo la única solución la intervención psicoterapéutica para lograr que estas personas tengan un manejo adecuado de sus emociones y conjuntamente puedan desarrollar su inteligencia emocional.

ABSTRACTO

“LA SIMBOLIZACIÓN DE LOS AFECTOS Y SU EXPRESIÓN CONFLICTIVA EN EL PLANO CORPORAL”

En esta monografía se pretende elucidar las conexiones que tienen las palabras con las emociones, y como estas pueden llegar a causar las graves y comunes enfermedades que todos conocemos.

Este tema monográfico se encuentra dividido en tres segmentos. Cada una de ella tiene información correspondiente las diferentes etapas que el ser humano necesita para incluirse en una determinada familia, grupo, clase, cultura, etc.

El primer tema trata sobre la manera en la que se van formando los símbolos en el individuo, los cuales le sirven para desenvolverse en el medio que le rodea. Este tema incluye además una aproximación a una definición de lo que es Afecto, Estados Afectivos, Afectividad, Emociones, Sentimientos, Pasiones, Tendencias. Es necesario que las personas sepan identificar sus estados afectivos para poder manejarse dentro de las relaciones sociales en las que viven. De lo contrario la ira, la confusión y hasta la enfermedad sobrevienen como salida a una conflictiva emocional.

Este tema trata de mostrar en resumen como el niño vive sus primeras experiencias afectivas, como los sucesos traumáticos y sus estados afectivos son codificados y decodificados por un Otro. El cual lo estructura (forma una personalidad) y lo inscribe en el lenguaje.

El segundo tema trata sobre los conflictos emocionales, como la ira, impaciencia e impulsos violentos pueden causar una conducta desadaptada en un individuo. No solo se trata de eventos actuales, si no de sucesos traumáticos de la etapa infantil los cuales son enmascarados ahora de una manera diferente. También se mencionan algunas características de los pacientes psicossomáticos. Finalmente se trata de explicar como es la trama dinámica de las enfermedades. Como un conflicto lleva a una persona a enfermarse.

El tercer capítulo lleva una propuesta de intervención, consistente en ejercicios prácticos para el manejo adecuado de las emociones y para el desarrollo de una inteligencia emocional más acorde con el nivel cultural de nuestra sociedad

ABSTRACT

"THE SYMBOLIZATION OF THE AFFECTIONS AND THEIR CONFLICTING EXPRESSION IN THE CORPORAL LEVEL"

In this monograph are tried to elucidate the connections that have the words with the emotions, and as these they can to cause the serious and common diseases that all we know.

This monographic subject is divided in three segments. Each one of her has corresponding information the different stages that the human being needs to be included itself in a determined family, group, class, culture, etc.

The first subject treats on the way in that they are formed the symbols in the individual, which serve to him to develop in the means that surround to him. This subject includes in addition an approach to a definition of what is: Affection, Affective States, Affectivity, Emotions, Feelings, Passions, and Tendencies. It is necessary that the people know to identify their affective states to be able to manage it self inside the social relations in which they live. Otherwise the wrath, the confusion and until the illness happen like conflicting exit to an emotional one.

This subject tries to show in summary as the boy (he/she) lives his first affective experiences, as the traumatic events and their affective states are codified and decoded by an Other. Which structures it (it forms a personality) and it inscribes him in the language.

The second topic treats on the emotional conflicts, like the wrath, impatience and violent impulses can cause a behaviour disoriented in an individual. No single one is present events, if not of traumatic events of the infantile stage which are masked now of a different way. Also some characteristics of the psychosomatic patients are mentioned. Finally one is to explain as it is the dynamic plot of the illnesses. As a conflict it takes to a person to get sick.

The third chapter takes a proposal of intervention, consisting of practical exercises for the appropriate handling of the emotions and for the development of an agreed emotional intelligence with the cultural level of our society

“LA SIMBOLIZACIÓN DE LOS AFECTOS Y SU EXPRESIÓN CONFLICTIVA EN EL PLANO CORPORAL”

ESQUEMA DE CONTENIDOS

PRIMERA PARTE: FORMACIÓN DE SÍMBOLOS

- 1.5 APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN: Afecto, Estados Afectivos, Afectividad, Emociones, Sentimientos, Pasiones, Tendencias.
- 1.6 LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS AFECTIVAS.
- 1.7 LA CODIFICACIÓN DE LAS SENSACIONES Y EXPERIENCIAS.
- 1.8 SUCESOS TRAUMÁTICOS EN LA ETAPA INFANTIL.

SEGUNDA PARTE: CONFLICTOS EMOCIONALES

- 2.2 IRA, IMPACIENCIA E IMPULSOS VIOLENTOS.
- 2.2 PACIENTES PSICOSOMÁTICOS; CARACTERÍSTICAS
- 2.3 TRAMA DINÁMICA DE SOMATIZACIÓN Y ENFERMEDADES COMUNES

TERCERA PARTE: PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN “MANEJO DE LAS EMOCIONES”

- 3.3 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
- 3.4 DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

FORMACIÓN DE SÍMBOLOS

1.1 APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN: Afecto, Afectividad, Estados Afectivos, Sentimientos, Emociones, Pasiones, Tendencias.

¹ En general se suele identificar el afecto con la emoción, pero en realidad son fenómenos muy distintos, aunque relacionados entre sí.

Mientras que la emoción es una respuesta individual interna, el afecto es un proceso de interacción social entre dos o más organismos.

El afecto es algo que puede darse y recibirse, “damos afecto” o “recibimos afecto” por el contrario las emociones ni se dan ni se quitan, solo se experimentan en uno mismo.

Al describir el estado emocional lo hacemos con frases como: “me siento cansado” o “siento una gran alegría” mientras que al describir procesos afectivos utilizamos frases como: “me da cariño” o “le doy seguridad” En general no decimos “me dan emoción” o “me dan sentimiento”

Con estas frases podemos notar que la emoción es algo que se produce dentro del organismo, mientras que el afecto es algo que fluye, que se traslada de una persona a otra.

Por otra parte es importante saber que el afecto requiere esfuerzo, cuidar, ayudar, comprender, etc, a otra persona, no se hace sin un mínimo de voluntad. Por ejemplo, cuidar a alguien que está enfermo requiere un esfuerzo y es una forma de proporcionar afecto.

A pesar de las diferencias, el afecto está íntimamente ligado a las emociones ya que pueden utilizarse términos semejantes para expresar una emoción o un afecto. Así decimos: “me siento muy seguro” (emoción) o bien “me dan mucha seguridad” (afecto). Parece pues que designamos el afecto recibido por la emoción particular que nos produce.

El afecto es algo esencial en los seres humanos, todos lo necesitamos pero esta necesidad se acentúa en ciertas situaciones, como la infancia o la enfermedad.

Ese “algo” se puede explicar a través del *concepto de afectividad*: Esta es la capacidad de un ser para dar un tono de placer o de dolor psíquico a las reacciones que experimenta ante estímulos externos o internos de índole concreta o abstracta.

El concepto de vida afectiva: tiene que ver con fenómenos psicológicos que se traducen en placer y dolor psíquico, tales como sentimientos, tendencias, emociones y pasiones.

¹ Estos conceptos son extraídos del autor Ricardo Mandolini

Existen dos clases de dolor y placer: los físicos y los psíquicos.

El dolor y el placer físico no corresponden a la vida afectiva, puesto que son sensaciones, conocimientos y pertenecen a la vida intelectual. Como derivados de dichas sensaciones surgen casi siempre sentimientos de placer o dolor psíquico.

Ejemplo: un pinchazo en un dedo (estímulo concreto externo) produce una sensación de dolor físico (fenómeno que corresponde a la esfera intelectual) pero ante el conocimiento de ese dolor físico el sujeto puede experimentar un sentimiento de dolor, indiferencia o de placer, como es el caso de los masoquistas y de los mártires (fenómenos afectivos)

La vida afectiva comprende estados afectivos activos y pasivos.

Los estados afectivos *pasivos*, son los sentimientos propiamente dichos, las emociones. En estos estados el sujeto recibe algo.

Los estados afectivos *activos*, son las tendencias y las pasiones. Durante estos estados el sujeto busca algo.

A decir de los estados afectivos: sentimientos, emociones, pasiones y tendencias; son vividos por el sujeto y por ello son los más íntimamente subjetivos de todos los fenómenos psíquicos, incluso más aún que los fenómenos volitivos.

Los *sentimientos* son estados duraderos y no aparejan cambios fisiológicos; las *emociones* surgen y se desvanecen bruscamente, provocando además cambios fisiológicos; las *tendencias* son subconscientes e imprecisas; y las *pasiones* son conscientes y específicas.

Todos los sentimientos se engloban en cuatro emociones básicas, es decir todo el sufrimiento humano puede clasificarse en tres emociones: *la tristeza*, *la ansiedad* (miedo) y *la ira*, la cuarta emoción es la *felicidad* (de la cual se espera que todos estemos muy llenos, niños y mayores).

Pero la dificultad de expresión de sentimientos es muy generalizada. Existen centenares de sentimientos que nos permiten describir nuestro estado emocional, aunque a menudo las personas utilizan el “me siento mal”, mal porque estoy triste, asustado, desesperanzado, frustrado, irritable, cansado, agotado, preocupado, traicionado, vacío, inútil, incapaz, mentiroso, atrapado, desilusionado, iracundo, incontrolable, confuso, atormentado, afligido, enfermo, dañado, ofendido, inseguro, molesto, perdido, alarmado, nervioso, perplejo, hostil, mordaz, encrespado, sulfurado, lleno de odio, humillado, rechazado, vencido, abatido,

pesimista, malhumorado..... ¿Qué significa me siento mal? Si existen centenares de palabras para matizar los sentimientos, ¿Qué reducirlo a una sola palabra? Es muy distinto sentirse “incapaz” de sentirse “hostil”.

¹ Ahora rescatando la teoría cognitiva, podemos decir que las emociones se caracterizan porque implican una respuesta cognitiva de pensamiento, fisiológica, motora y verbal. Así la persona que siente **miedo/ansiedad** ante los perros cuando ve, según que perro es, ya se imagina una agresión que es la respuesta cognitiva, piensa “ ¡Qué peligro!, ¿Qué suelto?, ¡puede atacar!, y me está mirando , viene hacia aquí...”, fisiológicamente siente taquicardia, sudoración , dolor de estómago, sequedad de boca, necesidad de orinar o defecar, temblor de piernas...Verbalmente puede que no diga nada, si es un niño probablemente chillará “mamá!!”, y motrizmente apretará a correr con pánico, o se quedará petrificado como una piedra. Por tanto lo que esta persona piensa, luego lo siente, la lleva a la emoción y de ella a la acción de huir o petrificarse.

Otra emoción es la **tristeza**, a nivel de pensamiento predominan los pensamientos que inducen a sentirse incapaz, inútil, falta de ilusión, desesperanzado; “no puedo, estoy agotado”, “no sirve de nada, haga lo que haga”, “me dejó para siempre, ¿Qué haré?”, indefensión, incerteza, a nivel fisiológico el cuerpo se enlentece, aparece fatiga, llanto, se altera el sueño y el apetito, puede acompañarse de dolores de cabeza, estómago...Verbalmente, se habla menos, más lento, de forma más ambigua. Motrizmente se lentifica, se baja la cabeza, los hombros, se aísla. La conducta a la que lleva esta emoción es al retraimiento, encerrarse en sí mismo, evitar los amigos, las fiestas, los juegos, a estar solo.

Finalmente la emoción de la **ira**, a nivel de pensamiento la persona se percibe agredida “ya se está metiendo conmigo, nunca me deja en paz, mira como me provoca, ya no lo aguanto más, no sabe la que le caerá”, fisiológicamente la musculatura del cuerpo se tensa, el organismo se activa, sube la adrenalina en sangre, verbalmente; amenazaré, gritara, motrizmente apretará puños, los levantará, alzaré la cabeza- la mirada, su conducta será la agresión verbal o física.

1.2 LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS AFECTIVAS.

Las primeras reacciones emocionales del recién nacido están relacionadas con la satisfacción

¹ Definiciones tomadas de la terapia cognitiva para el tratamiento de niños con hiperactividad

o insatisfacción de las necesidades orgánicas, como el placer o el descontento; motivados por la sensación de estar alimentado o tener hambre, de estar en un ambiente frío o templado, pues estas reacciones son reflejos incondicionados.

También aparecen reacciones de miedo cuando cambia el entorno que lo rodea, cuando oye sonidos fuertes y cuando pierde el equilibrio.

Más tarde se forman nuevas reacciones condicionadas: surge en el niño una emoción negativa y una emoción positiva, según las asociaciones que se den en la interrelación con su entorno. Es por ello que esta etapa es fundamental en el desarrollo del niño. Ya que aflora entonces la necesidad de relacionarse con las demás personas que lo rodean y el interés por los objetos de su entorno se incrementa.

La interacción con las personas que lo rodean juegan un papel importantísimo en el desarrollo del niño, debido a que en este proceso de relación con los demás se forman según Piaget, los esquemas de desarrollo que formarán por etapas la personalidad del individuo. Pero el desarrollo no solamente es intelectual, también es emocional, de la misma interrelación con las personas de su entorno surgen los sentimientos, emociones, que conformarán la vida afectiva del sujeto maduro. Tales como los sentimientos sociales, la simpatía que se manifiesta cuando niños en el apego a las personas que lo rodean, especialmente hacia la madre, en la vida adulta hacia el socio, la pareja o algún pariente muy cercano. Este sentimiento social puede acompañarse de aprecio, solidaridad, honradez y buenos augurios hacia dichas personas, si es que el enlace interaccional ha sido próspero, en caso contrario el individuo puede ser egoísta, tramposo, manipulador y profundamente descariñado con sus congéneres.

En la edad preescolar se forman sentimientos/emociones morales sencillas, el niño muestra satisfacción cuando los adultos alaban sus actos, o mostrar vergüenza o tristeza cuando los adultos critican sus actos, esto crea el precedente para cuando adultos, las personas sean capaces de distinguir lo bueno de lo malo.

Se forman también otros sentimientos como los intelectuales y estéticos:

Los intelectuales aparecen cuando se satisface el interés del niño por conocer las cosas que le rodean; y el estético se manifiesta en el placer que siente el niño cuando ve objetos de color vivo, cuando oye canta, etc.

Las emociones y sentimientos del niño preescolar se hacen más variados si frecuenta el jardín de infantes y tiene un amplio círculo de relaciones sociales.

En la edad preescolar se desarrollan ampliamente los sentimientos superiores.

Para la educación de los sentimientos morales, es muy importante que el niño conozca la vida y el trabajo de los hombres. En esta edad tienen una significación extraordinariamente importante los juegos, en los que el niño aprende a orientar su conducta, sometiéndola a las exigencias del colectivo. En los juegos en que el niño tiene un papel determinado somete su conducta a las exigencias de este papel. Al desempeñar un papel se pone en la situación de otra persona y asimila formas más complicadas de imitación que son muy importantes para que se formen los sentimientos morales.

Los Sentimientos Estéticos, se desarrollan con éxito cuando los niños tienen la oportunidad de dibujar, cantar, escuchar recitaciones poéticas, etc.

Los Sentimientos Intelectuales, se relacionan con los intereses cognoscitivos, esos intereses están dirigidos no solamente al conocimiento de los objetos y fenómenos que rodean directamente al niño, sino a un círculo más amplio de fenómenos que están relacionados con las expectativas que tienen los padres sobre su futuro profesional, además está influenciado por la mentalidad de la educación del establecimiento en el que se forme.

Para desarrollar los *Sentimientos Intelectuales* del niño hay que satisfacer estos intereses y darle a conocer numerosos fenómenos de la realidad.

Cuando el niño empieza a estudiar en la escuela hay cambios en su vida emocional, y sobre todo, en el desarrollo de los sentimientos de honestidad. Esto depende de la amplitud de sus conocimientos, abriéndose para él nuevos aspectos de la realidad.

Para el escolar de los primeros cursos el contenido fundamental de la vida es el estudio; esto estimula el desarrollo de los sentimientos relacionados con la superación de las dificultades.

Cuando el escolar interviene en las actividades conjuntas dirigidas a un fin en general con una responsabilidad ante los miembros de la escuela, sobre la base de esta experiencia se forman los sentimientos de deber, solidaridad y responsabilidad. Las relaciones de amistad nacidas en el joven influyen grandemente en el joven y se conserva durante muchos años.

1.3 LA CODIFICACIÓN DE LAS SENSACIONES Y LAS EXPERIENCIAS.

Para insertarnos en el mundo complicado y difícil de los símbolos, me guiaré por un ejemplo práctico de la vida diaria, que alguna vez, todos hemos presenciado, aunque sin saber lo que en realidad todo ello engloba.

Es de noche y el reloj marca las doce horas; es el momento en el que todo niño pequeño está durmiendo, pero “Danielito” que acaba de cumplir un año, empieza a llorar desconsoladamente, despertando a la mayoría de la casa. Se acerca su hermano mayor, lo acaricia, lo toma en sus brazos y le habla, pero aún así el bebé no se calma, pareciera decir con su mirada que espera algo. Al no poder calmarlo, el hermano acude a la abuela, quien con su sabiduría ganada a través de los años, toma en brazos al niño; por momentos logra calmarse al escuchar la voz de esa mujer, pero enseguida comienza nuevamente a llorar. La señora también angustiada por lo que ocurre, no tiene otra opción más que acudir a la alcoba de su hijo, el padre de Danielito. Quien entre sueños divisa al niño en brazos de su abuela y dice: debe tener hambre, entonces se apresura a levantarse de la cama y corre a la cocina a prepararle un biberón. Mientras esto ocurre la madre también se incorpora y toma a su hijo en brazos; para el momento, ya todas las personas de la casa se hallan levantadas, debido al ruido y al llanto. La madre acaricia al niño, lo besa, le pregunta que le pasa, y este como respondiéndole la mira directamente con sus ojos llenos de lágrimas, mientras se va calmando. En aquel momento el padre llega ya con el biberón listo para su niño; la madre mientras lo consuela dice: él no tiene hambre, está con los pañales sucios, y hay que cambiarle.

La inteligente mamá con mucha dedicación y esmero le saca al niño la ropa sucia y le coloca otra limpia. Hecho esto, inmediatamente el bebé se vuelve a dormir, es regresado a su cuna y despierta a la mañana siguiente.

Luego de este pequeño relato, quedan algunas interrogantes que hacernos con respecto a la conducta del niño. Y que nos llevarán a dilucidar la trama simbólica que gira entorno a las palabras y la conducta de la madre.

¿Por qué no se calmó cuando su hermano lo tomó en brazos?

¿Qué esperaba recibir con el llanto desconsolado?

¿Por qué se calmó momentáneamente cuando su abuela lo cargó?

¿Cómo se puede considerar la conducta del padre al ir a preparar un biberón?

¿Qué quería decir el niño cuando mira fijamente a los ojos de su madre?

Para entender que es lo que ocurre con Danielito, primero es necesario conocer que la incomodidad de la suciedad en su ropa, provoca una señal orgánica en él, que lleva a despertarse a media noche. Pero el niño imposibilitado de la suficiente energía, habilidades, conocimientos, en definitiva desarrollo. No puede atenderse a sé mismo, por lo que tiene que utilizar lo que la terapia sistémica sostiene en nombrar, comunicación análoga, esto es decir algo a alguien no por medio de palabras si no por intervención de una conducta netamente corporal. En este caso específico es el llanto. Con aquello pretende “significar” (según la teoría psicoanalítica) un llamado de atención a un “Otro” capaz de decodificar su mensaje. Pero este Otro con mayúscula no es cualquier persona, es su madre. Quien conoce muy bien a su niño, y no solo que conoce, si no que debe conocerlo muy bien para poder interactuar con él, caso contrario se creará el caos en esta primera y primordial relación. Es por esto que su hermano mayor no puede calmar el llanto angustioso (angustia automática, ante sensación de pérdida) del bebé. A pesar de estar en una etapa mucho más avanzada de desarrollo y al tener muchos más significantes en su bagaje de conocimientos, no tiene las condiciones necesarias como para poder decodificar lo que se pretende decir con el llanto. Solamente puede darle afecto, atención y buenas intenciones, pero estas resultan insuficientes.

Por ahora se puede descartar que necesitara afecto o atención. ¿Qué es lo que quería? sigue siendo la pregunta. En el siguiente evento es la abuela quien carga a su nieto, este se calla por un instante, pero luego continúa llorando sin parar.

¿Qué ocurrió en este momento?

Si tomo los aportes que ha hecho la psicología en el trabajo con animales de laboratorio, podría decir que el niño asumió esa presencia como la de su madre, por el olor de mujer que lleva consigo. Dichos psicólogos y algunos biólogos insisten en atribuir a este mecanismo de atracción, la acción de las feromonas. Sustancias químicas responsables de la identificación entre las especies, la camada, los enemigos y las hembras en estado reproductivo en las especies inferiores. Al parecer, este mecanismo permanece vigente en la especie humana, pero con menor intensidad, debida al desarrollo evolutivo, a través del cerebro reptiliano. Quien actúa produciendo un olor característico en cada persona, y es este es el responsable de identificar y diferenciar a las diferentes personas. Lo que parece haber ocurrido con Danielito al reconocer “al miembro de su camada”

Según los aportes realizados por Margaret Maller, en su libro, “El nacimiento psicológico de un infante humano” el niño cuando ve un rostro, puede identificar indiferenciadamente ojos, nariz, boca y mentón. De acuerdo a esta autora el reconocimiento de una figura se realiza ya desde temprana edad y tiene como función formar poco a poco un yo, un psiquismo que lo diferencie de los demás. Entonces, es probable que el bebé haya reconocido falsamente a su abuela como si fuera su madre, por ello deja de llorar momentáneamente.

Por otro lado la conducta del padre va dirigida a calmar el llanto de Danielito, pero no se detiene a averiguar que es lo que en realidad el bebé quiere “decir” Esto, lejos de calmarlo puede crear confusión en la familia y principalmente en el niño, ya que el comportamiento de sus semejantes le sirve para introyectar patrones de relación, mecanismos de defensa, roles, etc. La falla en la decodificación que ocurrió fue rápidamente resuelta por quien se esperaba que lo haga, por ese Otro, conocedor de los códigos apropiados e investido de todos los datos que el niño pudiera identificar; “olor, forma, protección y sobretodo decodificación” que era lo más importante para Danielito.

Por último la mirada fija del niño sobre la madre me hace suponer que le dijera como en forma de reclamo, que pasó, porque no viniste pronto a cambiarme. Las lágrimas expresan la angustia, creando con ello un precedente para formar un mecanismo de defensa que lo pondrá en alerta en otra situación similar de falta de entendimiento o de pérdida (real o subjetiva) del objeto amado.

Como sostiene la teoría psicoanalítica, los mecanismos de defensa tienen como objetivo mitigar el sufrimiento, para ello el inconsciente reprime aquello que le causa malestar y no puede controlar. Pero al cabo de un tiempo cuando el individuo generalmente ya está más apto para ello y en combinación con eventos que desencadenen el recuerdo, este saldrá para poder ser reelaborado.

Según el niño va creciendo aparecen más situaciones dentro de la familia, los amigos, la escuela o el barrio que necesitan ser puestas en palabras. Para aquello la madre debe ser lo suficientemente madura como para cumplir su “función materna” (teoría psicoanalítica) Lo primordial en la crianza de la criatura es la introducción del lenguaje, cosa que la mujer con sus dos áreas de broca puede hacer con mucha facilidad, además, el haber desarrollado lo más posible su psiquismo la ayudará en el proceso de crecimiento. También debe tener un muy

buen control emocional, para que con ello sea capaz de contener la angustia de su hijo, por no poder decir lo que necesita (biológicamente) y para que pueda contener la propia angustia y no la vuelque sobre el menor.

La madre además debe conocer la mayoría de las manifestaciones emocionales en su cuerpo, las sensaciones, sentimientos, euforia ira, etc. Con aquello va a facilitar el conocimiento de los mismo a su hijo, le ayudará a identificar que está sintiendo cuando lo está sintiendo y que pueda conectar los eventos estresantes con las manifestaciones orgánicas. Esto conllevará una madurez psíquica muy importante.

1.4 SUCESOS TRAUMÁTICOS EN LA ETAPA INFANTIL

En las primeras investigaciones que Freud realiza sobre los traumas en la niñez encuentra un sin número de casos que están relacionados con el abuso y el acoso sexual. Este resultado como era de suponerse originó mucha polémica entre los demás investigadores. Este autor recibió duras críticas por lo que descubrió en su trabajo. Pero su aporte es de vital importancia para el entendimiento del mecanismo de acción de la psique ante estos eventos. Como enuncia en su teoría el trauma vivenciado en una edad en la que el niño no tiene las herramientas suficientes como para elaborar dicha situación, incluso puede ocurrir que este hecho vaya formando un sistema de “justificación” del acto, es decir, como el niño no es conciente de la propiedad privada de su cuerpo, de la edad adecuado para establecer contacto físico con otra persona, entonces cree que es normal, y lo vivencia igualmente de manera muy natural, como si fuera cosa común.

El niño altera en su sistema de pensamiento la realidad insoportable, ya que es incapaz de cambiarla en la práctica.

Pero ya en una edad más avanzada, generalmente en la escuela, cuando los mecanismos de defensa se hallan ya más elaborados, y por acción de la prohibición de los padres o de otras personas adultas, el infante hace conciente aquel suceso pero ahora ya es visto no como placentero si no como “pecaminoso” Esto conlleva un malestar psíquico y emocional muy fuerte que debe ser tratado de manera inmediata para evitar “mal formaciones” de la personalidad.

Suele ocurrir que cuando suceden estos hechos traumáticos, la gente crea alrededor de ello una trama significativa (Lacan) muy tupida, que tiene por objeto atenuar el dolor que causa el recuerdo. De allí que se forman personalidades inseguras, temerosas, dependientes,

influenciables o incluso agresivas. Esta manera de actuar por supuesto tiene una lógica inconciente, por ello se mantiene invariable. Si este infante, por desgracia, recibiera mala influencia, el pudiera ir formándose significantes y significados de la vida tan efímeros y tan irreales como sucede con los niños de la calle, los niños “funderos” drogadictos, delincuentes, asesinos, “perversos” etc.

En definitiva, como dice el refrán “la mente crece con lo que se la alimenta” si recibe conocimiento, comprensión y afecto se irá construyendo, reestructurando y mejorando día a día, si recibe insultos, críticas, apodosos se irá “mal formando” y destruyendo con el pasar de los días.

CONFLICTOS EMOCIONALES

2.1 IRA, IMPACIENCIA E IMPULSOS VIOLENTOS.

Es por todos conocido que a la mayoría de las personas les resulta difícil expresar libremente la ira. Ya que es vista como una emoción mala, negativa y hasta pecaminosa. Desde la infancia se enseña a reprimirla; a mostrar una cara diferente de la que en realidad se siente. Esta ira reprimida se va acumulando a lo largo del tiempo, pudiendo causar en los individuos severas dificultades para controlarla y hasta la somatización de la misma. Muchos de los conflictos interpersonales y de pareja tienen que ver con este estado conflictivo. Debido a que la ira es guardada y no expresada, luego surge en situaciones que son inadecuadas y hasta peligrosas

Según la cultura la ira se expresa de tal o cual manera, en la occidental se acostumbra a reprimirla y luego desfogarla violentamente. Al varón se le permite expresar más libremente su ira que a la mujer. A él se le permite gritar e insultar. Pero a la mujer no se le permite, es vista como mal educada o “carishina”. El varón tiende a expresar su ira de manera muy notoria, incluso puede llegar a la agresión física. La mujer ha sido reprimida mayormente, por ello no lo exterioriza, pero ellas suelen negarla y convertirla en depresión.

La represión continua de la ira puede resultar a la larga en depresión, úlceras o cualquier otra enfermedad, leve o grave, a la que el individuo esté predispuesto.

Si los sentimientos que se ocultan detrás de la ira aparente pudiesen expresarse el motivo real se haría visible y fácilmente modificable. Por ejemplo: en una relación de pareja estable, que en un momento dado aparece la ira y si fuera expresada en ese momento, el motivo que

provoca la frustración podría resolverse finalmente. La ira es un sentimiento difícil de manejar para ambos sexos, ya que no se trata con el verdadero motivo de la misma, si no se trata con sentimientos y emociones que se mantienen ocultos, reprimidos quizá por años y que ahora tienen la oportunidad de salir a la luz, entonces la ira sustituye la causa del trastorno principal, dificultando así la terapéutica del caso

La represión de la ira cumple una función altruista en determinado momento, Por ejemplo cuando no se quiere hacer daño a alguna persona con las palabras cargadas de ira. Sin embargo, vale preguntarse ¿quien resulta más afectado con esa conducta represiva? De la misma manera la expresión repentina de la ira puede resultar adecuada en un momento determinado, incluso estimuladora para la persona que lo expresa, pero raramente es tan apropiada para las personas sobre las que se descarga, y los efectos secundarios pueden ser prolongados.

En nuestra sociedad somos expertos para expresar la ira en el momento menos adecuado, con la persona menos indicada y en la intensidad menos propicia. Es conocido por la comisaría de la mujer que ella es violentada frecuentemente por su esposo alcoholizado e iracundo, llega con múltiples moretones, e incluso con los niños envueltos en profundo miedo y llanto. Para este varón la cordura o la represión no fueron armas bondadosas como para evitar el sufrimiento de su familia. Posiblemente tuvo alguna discusión con sus amigos de campaña, pero no la expresó allí, si no que la llevó a su casa, y quien pagó los platos rotos fue su mujer e hijos. Asimismo la indiferencia y el desprecio pueden irritarnos, también el fracaso o ser el objeto de alguna burla o humillación.

La ira debe ser expresada en un contexto de entendimiento. Debe quedar claro hacia quien va dirigida; aunque esto es casi imposible de dilucidar debido a que la ira del adulto generalmente se encuentra en heridas sufridas en la infancia. Así los amigos y la familia son objeto de la ira nunca expresada a padres o maestros. La ira suele ser la consecuencia o una excusa y no la causa, por ello es indispensable meditar sobre lo que realmente se siente, hacia los demás o hacia uno mismo y enfrentarlo de manera madura. Se debe encontrar una forma de manifestar la ira para que no sea autodestructiva o contraproducente para si mismo y los demás. Antes de que la manifestación sea demasiado peligrosa para el bienestar propio.

De la misma manera que se oculta el origen de la ira, también se puede ocultar la verdadera personalidad. Hay personas muy tiernas y amorosas pero que llevan consigo una máscara de

dureza para poder esconder sus sentimientos. Estos individuos (generalmente varones) se esconden detrás de una fachada de frialdad, dureza e insensibilidad, para no ser lastimados. No quieren que las demás personas descubran esa faceta, porque tienen miedo de ser heridos, o hasta humillados. O simplemente no se muestran como son porque eso los hace sentir inseguros, vulnerables ante los otros.

2.2 PACIENTES PSICOSOMÁTICOS; CARACTERÍSTICAS

Son pacientes que cuando tienen un conflicto psicológico se manifiesta directamente a través del cuerpo físico.

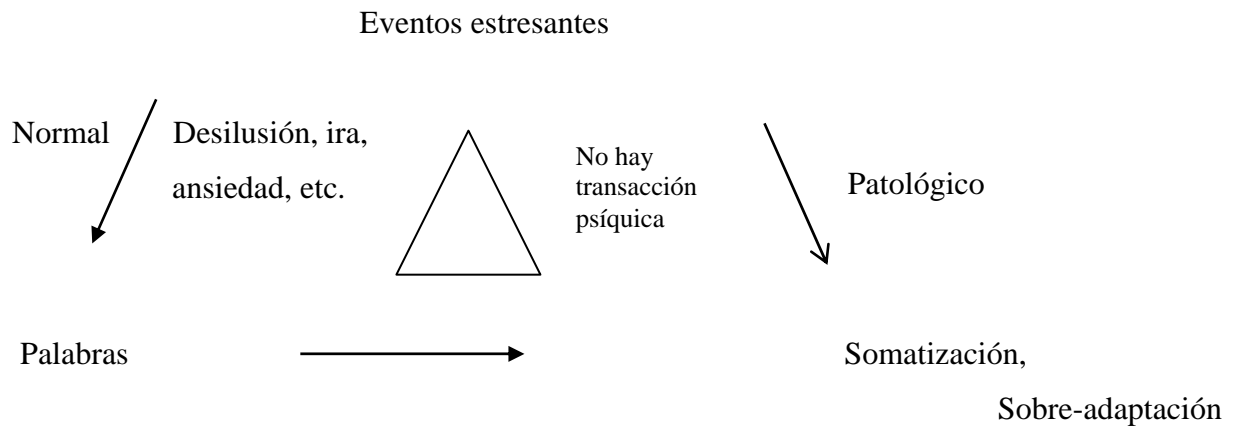
Estos pacientes son muy difíciles de ayudar ya que no se puede trabajar completamente con ellos ni a nivel psicológico ni a nivel físico. Debido a que no pueden conectar los estresantes sociales con sus afecciones somáticas.

El paciente psicósomático es una persona con una afección somática real, diferente de la histérica, el tiene signos y síntomas. Pero que no llega a saber de donde llega su enfermedad. Y esto le angustia y descontrola.

Su patología de tipo primario o esencial tienen un origen de tipo desconocido, es decir estos pacientes tienen y saben de la enfermedad pero no lo que la produce.

CARACTERÍSTICAS.

- Tienen ciertas características de personalidad. En su estructura.
- No asocian los estresantes de la vida externa con lo que les pasa en su cuerpo
- El psicósomático generalmente tiene fraccionada su capacidad para expresar lo que sienten, cuentan las cosas que le pasa como si no sintiesen nada de aquello, debido a que no pueden distinguir las sensaciones de las emociones ya que no han aprendido a hacerlo.
- Tienen una marcada dificultad para expresar sensaciones internas.
- También presentan la Sobre-adaptación, (querer responder a todo lo externo), existe una disociación y desconocimiento de una realidad interna, es decir, hay una desconexión de su cuerpo físico y su realidad psíquica emocional interna.
- Pensamiento concreto apegado a una realidad, no existe imaginación lúdica.



LIBERMAN

Se trata de un argentino psicoanalítico seguidor de “Melaniclain” quien dice que el aparato psíquico se forma desde la angustia, una experiencia gratificadora en contraposición de la dolorosa. En ese momento el bebe encuentra un yo (madre) quien decodifica su llanto. Dice que el niño tiene un yo, pero frágil, fragmentado, y tiene que pasar por dos posiciones para constituirlo. 1) la posición esquizo-paranoide (hasta los 6 meses). 2) la posición depresiva (año o año y medio)

El juego de identificaciones proyectivas en el que la madre codifica el llanto del bebe va creando un precedente para la formación del yo. Así también el control de los esfínteres y el caminar. De esta manera se unifica la mente con el cuerpo y es capaz de distinguir el adentro y afuera, el yo y el otro.

En principio el vínculo hijo-madre tiene como función contener las ansiedades y decodificar las situaciones por parte de la madre al niño para que se personalice.

En la segunda etapa el niño debería individualizarse mediante una posición depresiva en la que por la ansiedad va aprendiendo a unificar los conceptos, las situaciones, los sentimientos, etc.

A través de estas dos etapas el niño va aprendiendo a diferenciarse y a expresar lo que le pasa. Pero si no logra establecer el vínculo hijo-madre y ella no lo contiene y si no logra unificar los conceptos entonces se crea una ruptura, cuerpo-mente. Podríamos decir que la persona aprende a comunicarse no por un código lingüístico sino por uno visceral.

De allí que el sujeto se sobre-adapta, cuida al objeto antes que ser cuidado, da primero antes que esperar recibir, etc. esto para no ser abandonado, de esa manera mantiene una ilusoria simbiosis con el objeto.

Los conceptos de madre mete bombas y madre que rebota también forman parte de la teoría. La segunda es aquella que no alcanza a decodificar la angustia de su hijo. Es una madre narcisista, preocupada por el cuidado físico, el aseo y la buena presencia, pero alejada emocionalmente de él. Debido a que tampoco puede identificarse a si misma, lo que puede aprender de ella es solo lo que hace referencia al cuerpo. La madre metebombas es aquella que no solamente no puede sostener la ansiedad del niño sino que además coloca la suya propia, esto confunde al niño y lo mantiene desfragmentado. Pero para que no ocurra esto, para no “romperse” el niño hace todo lo que pueda para organizarse y unificarse, entonces, se acerca a los demás, se muestra cariñoso, atento, servicial, trata ser el objeto de deseo para los otros, especialmente para su madre.

Este paciente crea un símbolo fachada (como si) que es una idea ilusoria de poseer al objeto y de manejar símbolos. Pero su vida gira en torno a la concreción, a la rutina, y cuando esta se rompe surge la angustia. Este paciente no tiene la función de evocación, solamente tiene paquetes de información disociados unos de otros, sin relación entre si, no tiene capacidad para jugar, es inmensa y rápidamente utilitario. Se maneja por la funcionalidad de las cosas.

Desde la perspectiva de Mohamed Sami-Ali.

Mohamed Sami-Ali, es un egipcio residente en Francia, trabaja en dos campos: *la función de lo imaginario* y *la represión de la función de lo imaginario*. Lo primero se va construyendo desde el vínculo primario madre-hijo. Con el aprendizaje del ritmo circadiano que es fundamental para la constitución del sujeto, entonces, se puede decir que es un proceso tanto biológico como psicológico. Y el representante de la función del imaginario es el sueño. Lo segundo se refiere a que la subjetividad encuentra un obstáculo en el camino y no se da la proyección (poner la subjetividad afuera)

Esta represión de la función de lo imaginario se remonta al vínculo madre-hijo, en donde la madre narcisista estaba “*ausente por su presencia y presente por su ausencia*” ella era sorda hacia las necesidades del niño, creándose en él la sensación de que su madre es omnipotente, que nada de lo que él haga puede satisfacerla.

La consiguiente depresión en la que caen estos sujetos se puede notar la inexistencia de un conflicto, mas bien el yo se encuentra pegado al superyo (sobre-adaptación). Hacen todo lo posible para apegarse a la ley.

La somatización se da en una situación IMPASE (el camino sin salida) explicada fácilmente por el silogismo; cuando A o no A y ni A ni no A. haga lo que haga el niño, eso está mal para esa madre narcisista, preocupada de si misma.

PIERRE MARTI escuela psicósomática de París.

Este autor considera al sueño en sus 2 vertientes, como cumplimiento del deseo y el intento de elaboración de cualquier angustia que es traumática. De allí que la salud se ve en el equilibrio psicofísico de la persona. En la patología el sujeto no sueña, no quiere hacerlo y si lo consigue tiene el llamado sueño de trabajo, que es la realización de actividades que tienen relación con su actuar cotidiano.

Las personas con desequilibrio psicofísico se manejan por el pensamiento operatorio, en el cual las palabras solamente significan una cosa, no existe la capacidad de la fantasía, la creatividad o el juego. Este pensamiento operatorio tiene dos características fundamentales. 1 no tiene lazo orgánico con una actividad fantasmática y 2 es un pensamiento conciente que duplica y ejemplifica la acción. Pareciera que la palabra dice lo que la mano hace.

La implicación emocional es muy baja, tanto en las relaciones laborales como sociales, el lenguaje se nota muy técnico. Sus relaciones con los demás se establecen en términos de funcionalidad o instrumentalidad, si acuden a un medico o psicólogo esperan que este cumpla con su función y nada más, no se involucran afectos en tal relación, tampoco se crean nuevos vínculos.

Ante una situación de desborde o conflicto grave la salida no se da por la vía simbólica de la palabra, ocurre inmediatamente la somatización.

Los sujetos con un pensamiento operatorio desarrollan un lenguaje práctico cimentado en las señales gestuales, esto les impide la comunicación abierta y la expresión. Este pensamiento operatorio se puede encontrar en los más diversos tipos de estructuras de personalidad, obsesiva compulsiva, histérica, narcisista, etc.

El tiempo parecería que es lineal, el relato del pasado presente y futuro se confunden en uno solo, por esta dificultad de proyectarse en el lenguaje y la fantasía, dando la impresión de que todo ocurre en el presente y al mismo tiempo.

CASO CLÍNICO.

Paciente de 38 años con colitis ulcerosa, realiza entre 30 y 40 deposiciones diarias, duerme en el mismo dormitorio que la madre en camas diferentes, su novio en la sala y su dormitorio matrimonial instalado intacto. Por razones obvias ella no trabaja pero con el tiempo lo hace por medio turno. Esa madre dice “tu papá nos dejó por otra mujer, que está embarazada de un varón”

Tiempo después conoce a su padre, pero cuando ella tiene nueve años no lo vuelve a ver más. Estuvo hospitalizada con una infección intestinal muy fuerte. La madre quiere organizarle su fiesta de 15 para cuando salga, la paciente quiso entrar a la ceremonia de la mano de su padre, entonces se hicieron los contactos y se ubicó al padre, pero este no quiso y entró de la mano del cirujano que la operó. A los 19 años se casa con un hombre 14 años mayor pero termina yéndose porque tiene otra mujer embarazada. La paciente tiene problemas de menstruación y supone estar embarazada pero solamente tenía una infección venérea.

A sus 24 años habla con su padre y él le dice “que no la abandonó, porque en realidad nunca tuvo una hija y el hijo por el que las había abandonado no era suyo, pero que lo había adoptado como si lo fuera” Poco después padece de una colitis ulcerosa que le deformó el cuerpo, dándole una apariencia casi como de varón.

CONCLUSIONES. Se trata de una madre narcisista preocupada tan solo por sus necesidades, que no le da valor al deseo de su hija. La coloca en posición de esposa de su padre diciéndole “nos abandonó” y colocándole como sustituta de él, por ello no permite que duerma con su novio sino que desea que duerma con ella. La madre además la coloca en una posición de niña, le dice que hacer, hasta le revisa que haya hecho “caca” en el baño. El padre tampoco le da un “lugar en el mundo” ni siquiera la concibe como hija, esto es humillante y denigrante para una persona y mucho más aún para una mujer. Se puede notar que el yo de esta chica se encuentra pegado al superyo, entonces, ella se sobre-adapta, llega a esta situación de IMPASE en donde el único camino que le queda es la somatización.

2.3 TRAMA DINÁMICA DE SOMATIZACIÓN Y ENFERMEDADES COMUNES

“Los procesos funcionales nunca tienen significado en sí. El significado de un hecho se nos revela por la interpretación que le atribuimos. Por ejemplo, la subida de una columna de mercurio en un tubo de cristal carece de significado hasta que interpretamos este hecho como

manifestación de un cambio de temperatura. Cuando las personas dejan de interpretar los hechos que ocurren en el mundo y el curso de su propio destino, su existencia se disipa en la incoherencia y el absurdo. Para interpretar una cosa hace falta un marco de referencia que se encuentre fuera del plano en el que se manifiesta lo que se ha de interpretar.

Por lo tanto, los procesos de este mundo material de las formas no pueden ser interpretadas sin recurrir a un marco de referencia metafísico. Hasta que el mundo visible de las formas <se convierte en alegoría> (Goethe) no adquiere sentido y significado para el ser humano. Del mismo modo que la letra y el número son exponentes de una idea subyacente, todo lo visible, todo lo concreto y funcional es únicamente expresión de una idea y por lo tanto intermediario hacia lo invisible. En síntesis, podemos llamar a estos dos campos, forma y contenido. En la forma se manifiesta el contenido que es el que da significado. Los signos de escritura que no transmiten ideas ni significado resultan tontos y vacíos. Y esto no lo cambiará el análisis de los signos, por minucioso que sea. Otro tanto ocurre en el arte. El valor de una pintura no reside en la calidad de la tela y los colores; los componentes materiales del cuadro son portadores y transmisores de una idea, una imagen interior del artista. El lienzo y el color permiten la visualización de lo invisible y son, por lo tanto, expresión física de un contenido metafísico”¹

De esta manera, por ejemplo cuando el pulso y el corazón siguen un ritmo determinado, la temperatura corporal mantiene un nivel constante, las glándulas segregan hormonas y en el organismo se forman anticuerpos. Estas funciones corporales no pueden explicarse por sí misma, ya que están atravesadas por una idea, una concepción sobre el mundo y la realidad. Además de la interacción con las demás personas del entorno.

En realidad el ser humano no se enferma del cuerpo si no de la mente, porque esta tiene su expresión en el plano corporal. Si cabe el término podría decir que el hombre no se enferma físicamente si no que se enferma de conciencia. Y no solamente por factores fisiológicos si no por otros que tienen que ver con la cultura, la economía, la religión y las relaciones interpersonales.

El cuerpo tan solo es el escenario de una obra, y definitivamente de arte, ya que la organización que ocurre desde el “inconciente” es tan nutrida y enmarañada que desenredarla para entenderla resulta un trabajo arduo.

¹ Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke. “La enfermedad como camino”

Una de las vertientes de la enfermedad se halla en lo que el libro de Lacan trata como la formación del síntoma y esta es el lenguaje. Cada país, cada cultura, cada ciudad, cada familia, cada persona, tiene una manera específica de comunicarse, maneja los signos y símbolos de acuerdo a la configuración psíquica que se formó desde el momento del nacimiento de un individuo.

La lingüística juega un papel preponderante en la formación de síntomas, según Lacan, es ésta la que configura la estructura de personalidad, de allí que, el cómo y qué se dice tiene mucha importancia. En terapia psicoanalítica se toma en cuenta el discurso del paciente para conocer el “significado” del síntoma. A través del lenguaje se pretende modificar el sistema de pensamiento que origina la enfermedad. Hay que buscar que es lo que se quiere decir a través del síntoma o la enfermedad. Hacer consciente lo inconsciente. Deslaminar el síntoma, hacer evidente la represión, vivir aceptando o negando el legado paterno, etc. etc.

Al igual que la lucecita que se enciende en el tablero del auto cuando se necesita hacer un cambio de aceite. Ella indica que hay un problema, y que este se encuentra más allá de lo que se ve, es incluso de difícil acceso para cualquier persona. El problema no se encuentra en la lucecita, uno no la saca o la desconecta, se va a un centro especializado, para que un profesional que conoce la señal, conoce el funcionamiento del auto, pueda eliminar el problema. Que no tiene otra solución que cambiar aquello que ha caducado en el sistema y que ahora no sirve.

Pero, ¿Qué hay con el sistema de inmunidad? Acaso ¿no funciona o no existe?.

Este es el sistema de defensa, de protección contra los organismos nocivos, tiene por objetivo preservar la integridad del organismo.

El estudio de la defensa del organismo se inicia cuando se descubre la existencia de los microbios, que estos atacaban al organismo y que a algunas personas afectaba más que a otras.

La estructura del sistema inmune es la sangre, la médula ósea y el bazo principalmente, pero también son el timo, el interior de los huesos planos, el adenoides. La defensa del organismo radica en los glóbulos rojos, que están unidos por grupos, en al menos 7 familias, y son los responsables de defender el organismo. (Leucocitos, linfocitos, basófilos, eosinófilos. Etc.)

El choque antígeno-anticuerpo forma barreras para proteger al organismo de agentes dañinos. Los productos de la inmunidad están en los glóbulos blancos.

Hay ocasiones en cambio, cuando este sistema se ve bloqueado, exagerado o deficiente y de allí la aparición molesta de la enfermedad.

PATOLOGÍA DE LA INMUNIDAD.

1.- *Los fenómenos de Auto-inmunidad.*- Es cuando el organismo desconoce una parte de su cuerpo y manda anticuerpos para intentar destruirla, pero solo logra inflamarla. Se desconoce la causa orgánica de este fenómeno, pero tienen que ver factores ambientales y hereditarios en él. Ocurre en 3 mujeres por cada hombre, se ha visto que ocurre ante una conmoción emocional.

Estos fenómenos auto-inmunes pueden ser órgano-específicos o sistémicos, en los primeros el ataque es contra un solo órgano en especial, tiroides hipotálamo, colon (colitis ulcerosa) etc. En los sistémicos lo que se convierte en extraño es una zona más amplia como el tejido conectivo o conjuntivo, entre estas están las llamadas enfermedades del colágeno, la artritis reumatoide el lupus, etc.

2.- *Los fenómenos de Alergia.*- Es la respuesta exagerada de un organismo frente a un alérgeno que es inocuo en sí mismo y que hace reacción en un segundo contacto, nunca en el primero.

3.- *Los fenómenos de Inmunodeficiencia.*- Pueden ser congénitas o adquiridas. La inmunidad en el organismo existe pero de manera insuficiente. En las primeras no se producen linfocitos B para actuar rápidamente, o no producirse linfocitos T para que formen la memoria de inmunidad o lo peor, que haya la dificultad de producirse ambos, es el llamado niño burbuja, no puede defenderse de ningún alérgeno, por más pequeño que sea. La inmunodeficiencia adquirida, aparecen durante la vida, en trastornos corticoides, pacientes con tratamientos para el cáncer, la desnutrición, etc.

Según el libro de *Didier Anzieu*, "*El yo piel*" cumple muchas funciones, como la comunicación con el otro, la constitución de un yo, etc. De allí que es uno de los órganos más utilizados para expresar los conflictos.

La piel es el órgano más grande del cuerpo, embrionariamente es uno de los primeros en formarse. Está constituido por capas, la más externa es la epidermis que a su vez tiene subcapas como la cornea, que es el lugar donde se producen las patologías. La siguiente capa es la media, llamada endodermis, donde están los vasos, las glándulas sudoríparas, es el inicio de las uñas y el pelo. Finalmente la capa más profunda es la hipodermis la que está en contacto con los órganos.

La piel en algunos casos cumple la función del lenguaje, comunicar la situación de vergüenza por ejemplo de una persona al ponerse “roja” y también en casos patológicos en los cuales la enfermedad de la piel tiene por objeto el llamado a un otro, un intento de diferenciación, etc.

La piel tiene 3 capas; la epidermis, la endodermis y la hipodermis, la primera por ejemplo es el lugar en donde las patologías se hacen presente, como su sub-capa la córnea en donde se producen descamaciones. En la capa media, la endodermis, se localizan; los vasos las glándulas sudoríparas, y es el inicio de vellos y uñas.

Las enfermedades de la piel pueden llegarse a constituir como expresión de un conflicto interno y que no es posible de simbolizar, por tal motivo se expresa el conflicto o se desarrolla no en el plano simbólico si no en el somático.

Algunos de los trastornos dérmicos:

Neurodermitis: que son la expresión de trastornos emocionales.

Alopecia areata: es la caída del pelo pero por áreas.

Eczemas, máculas, urticaria, excoriaciones neuróticas, agné juvenil, dermatitis artefacta, formicación, (hormigueo en la piel) prurito generalizado, paracitofobia, etc.

SORIASIS

Consiste en el cambio acelerado de la piel que en principio es normal pero la pérdida de células es significativa.

Proviene de la palabra “sora” que es escama, del hebreo tzures-tristeza, del catalán escarmar-escarmentar-tormento-tortura en la piel.

La inmunoglobulina “E” se encuentra elevada en el organismo. Además la patología no es lineal, es circular, existen momentos de reposo y otros en los que se exagera la descamación, esta enfermedad no tiene cura simplemente se la trata, con esto se logra momentos de reposo más largos.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, tiene una hermana gemela con la cual ocurre un hecho muy interesante que desencadena la enfermedad. Su hermana tiene sexo con alguien que le gustaba a la paciente, entonces esta situación molesta mucho a la misma y desencadena poco después la soriasis.

Análisis: este hecho pone en evidencia el tipo de relación que se mantenía entre las gemelas. La paciente se hallaba en una relación simbiótica y este hecho solamente provocó la conciencia de la misma, (denuncia que son diferentes) con el consiguiente deseo de la paciente de separarse de su hermana. Aquí además agrava la situación de hermandad de gemelas, porque es una situación siniestra; “lo conocido se vuelve peligroso” (traición de sí misma a través de su gemela) Pero debido a que ella no cuenta con recursos simbólicos para diferenciarse de su hermana lo hace a través del cuerpo. Ella llega a tener un ataque severo de soriasis, el mismo que la posibilita diferenciarse de la hermana y colocarse como objeto de deseo para su madre, consiguiendo un lugar diferente del de su hermana. Ahora es la enferma, la que necesita atención y cuidado. Pero no solo ello si no que con ese síntoma consigue colocarse en una posición diferente a la estaba antes

Aquí podemos ver claramente que la piel cumple la función de formar un yo.

Algunos pacientes tienen una marcada dificultad para expresar los afectos, llamada ALEXITIMIA, tratada por Roberto Savak, y Adriana Wiater,

Es conocida también como agnosia interoceptiva, dis-simbolia o timopraxia. Según el Dr. Sivak, es la dificultad para poder verbalizar los afectos. La característica principal es la “falta de utilización del modo verbal subjuntivo”, es decir, no existe el juego imaginario, la fantasía, el discurso es desesperanzador, las cosas son como son y nada mas. Estos pacientes tienen un riesgo somático mucho mayor que el de otras personas. “Lo que no se dice se lo somatiza”

Existen 3 corrientes que explican el origen de la alexitimia.

1. Corriente Neurobiológica. Surge a partir de la guerra. Según la escuela de Boston aquí ocurre una afección neuronal. El puente no une los dos hemisferios derecho e izquierdo, no se une el sistema límbico con el neocortex, entonces esto hace imposible que la emoción se conecte con la palabra. Según Sifneos la emoción es viseral, se expresa visceralmente por ello se pone en marcha el sistema límbico pero que los sentimientos que son el componente psicológico de las emociones no hallan cabida en la palabra sino solamente en las vísceras, en el cuerpo.
2. Corriente Sociocultural. Esta sostiene que ante un estresor social muy fuerte o uno que sea sentido de esta manera, provoca en un sujeto la indefensión, por el impacto (shock) no logra decir lo que le sucede, no atina a decir lo que está sintiendo. Otra manera de pensar la alexitimia es a través de Prince y Kirmayer, “la clase

sociocultural que está más marginada no cuenta con recursos suficientes como para expresar las emociones” María Casullo por su parte elabora un test para medir el grado de dificultad para poder expresar sus emociones (escala alexitimia) Tomando en cuenta dos aspectos fundamentales en los pacientes, 1. El no reconocer la emoción y 2. reconocerla pero no poder expresarla.

3. Corriente Psicodinámica. Según Jois Mack Dugal en su teoría económica de la escuela inglesa, hay reconocimiento de las emociones, que son fuertes, pero que el sujeto la niega por un mecanismo de defensa que pretende minimizar el dolor.

Pierre Martí sostiene que los sujetos con pensamiento operatorio en vez de expresar la emoción, el cuerpo duplica la misma. Ante algún conflicto o emoción fuerte el sujeto huye a la realidad exterior, hay una descarga motriz que puede evidenciarse como hiperactividad adicciones al deporte, trabajo sexo, etc.

Según Warnes, los pacientes alexitímicos se encuentran desconectados, es decir, hay una ruptura en el triángulo interior. No existe la conexión entre los hechos estresantes de la vida, el reconocimiento emocional y la respuesta corporal acorde a los mismos.

M’usan, sustenta la idea de una carencia de actividad fantasmática, no hay producción de fantasías, aspiraciones, etc., dando la impresión de que el sujeto viviera siempre el un presente constante e in-cambiante.

GEANGER en cambio va a hablar sobre el síntoma, y hace una distinción de la definición común de Freud o Lacan, va a sostener la idea de que éste no se encuentra ligado a lo sexual, ni a un trauma de la infancia, mucho menos esta en relación con el deseo. El fenómeno psicossomático dice tan solo trastoca la estructura, por ello no se puede conocer directamente la misma a través del síntoma. En terapia suele ocurrir que se necesita de algunos años de entrevistas iniciales para que se pueda llegar a la estructura del paciente y poder trabajar sobre ella.

Para él, el paciente psicossomático no porta en su cuerpo la palabra. El yo no hace ninguna transacción con la “realidad” de tal manera que el simbólico no atraviesa la palabra si no lo real-biológico, entonces invariablemente aparece la somatización o enfermedad orgánica, alrededor del primer año posterior al conflicto subyacente.

Este proceder del sujeto se remonta a las primeras experiencias con su madre, en las que no se pudo constituir un simbólico que contenga o sustente sus emociones, le capacite para hablar en los momentos de crisis o para elaborar una trama significativa neurótica. Esta falla del desarrollo simbólico surge de una madre que no logra introducir en el niño significantes, no asiste a interpretar su comportamiento si no le introduce su ansiedad y deseo o simplemente no responde ante el llamado de su hijo, lo que le imposibilita la sensación de pérdida, y la consiguiente búsqueda del deseo del otro. El paciente psicossomático no hace esta pregunta por la pérdida o la falta del deseo (demanda o imposición), no la cuestiona, solamente le interesa la satisfacción de la necesidad, él responde ante un estímulo orgánicamente y no con palabras, porque no ha construido una trama significativa que le sirva como punto de partida. Está a merced del goce del otro, no tiene su lugar simbólico dentro de su familia (mundo)

Desde el punto de vista de Geanger hay 1.- algunos significantes especiales que favorecen la aparición del fenómeno psicossomático:

a.- La degradación del nombre propio. Debido a que este identifica, unifica, da un lugar dentro del árbol genealógico de la familia, pero además separa. De allí que suelen aparecer los conflictos.

b.- Los significantes fechables. Los pacientes psicossomáticos suelen estar muy pendientes por las fechas, como si estas le organizaran la vida. Y esto se repite cíclicamente por períodos de la misma manera numéricos. Ejemplo cada 15 días, cada 28 de cada mes, etc.

c.- El transexualismo aberrante. El goce que no se dio a un otro se dirige hacia un órgano con un contenido de género. Ejemplo, en la relación de madre-hijo, ella al no responderle ante el llamado de hambre y gozar de la satisfacción, ese órgano, el estómago, toma contenido de género dedicado para el goce de la madre, lo que deja al paciente a merced el goce de un otro.

d.- La holofrase. Esta es una frase o palabra que en sí misma dice todo. Como el grito de ¡socorro! Cualquier persona puede saber a que se refiere, en contraposición la palabra “árbol” introduce a cualquier persona hacer una pregunta sobre qué clase de árbol o a que se refiere con esa palabra. Las personas psicossomáticas se guían de esta manera tan concreta, las cosas son como son, no hay un tiente del deseo o el gozo puesto en juego.

1.- a.- ante la pérdida en la lactancia cuando la madre no acude a satisfacer esa necesidad. El niño no logra dialectizar esa pérdida, por la imposibilidad de su madre de proporcionarle significantes para que se ancle en la cadena de significantes y lo hagan un neurótico. b.- algo debería despertar esta pérdida pero no se encuentra porque no ha sido dialectizado entonces

regresa como una marca, como real. c.- la inminente somatización o lesión orgánica aparece en el transcurso de un año.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 38 años que consulta sobre un problema de adicción de su hijo. Ella tuvo gastritis y un brote fuerte de soriasis. Es la menor de 5 hermanos 3 del primer compromiso y ella con su hermano 12 años mayor a un segundo compromiso. Padre paciente muere cuando ella tenía 20 años. Recuerda cuando aprendió a vomitar, su madre colocaba a su padre alcohólico tranquilizantes en la comida para que no sea agresivo, pero ella entre juego y juego se comía todo para que no le hiciera daño y luego iba al baño a vomitar. También recuerda que su hermano la había abusado, “me manoseaba pero nunca me penetro y un día me hizo sentar en un hormiguero y me picaron mucho las hormigas” Por su actividad en el gimnasio tuvo 5 hernias de disco y posteriormente una dermatitis desconocida. Tuvo un episodio de anorexia en la que ni su hija no comía, de allí surgió unas manchas marronientas en la cara. La madre inscribió a todos su hijo un día 25, independientemente de la fecha real de su nacimiento. Sufrió una quemadura en el pecho y la cara, además de un paro cardíaco cuando paciente le pidió espacio para criar a su hija.

ANÁLISIS

Con esta paciente nos encontramos con una situación de simbiosis con su madre, ella pretende parecerse o ser como ella, de allí que usa su cuerpo como instrumento de lenguaje. Le da una dermatitis que le afecta en la cara y el pecho, esto simulando las quemaduras de su madre en el mismo lugar. De igual manera continúan con una vida de madre e hija a pesar de estar ya casada. Su hija también se comunica de la misma manera, ella tiene vitíligo.

El pensamiento operatorio se evidencia en esta persona, convirtiendo sus emociones en actos (instructora de gimnasia) y con una constante incapacidad para comunicarse verbalmente.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

“MANEJO DE LAS EMOCIONES”

3.1 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

Podríamos definir las habilidades sociales como aquellas conductas que las personas emiten en situaciones interpersonales para obtener respuesta de los demás, generalmente respuestas positivas, que tengan en cuenta el logro alcanzado, la gratificación, la aprobación, etc.

Las personas, en cuanto seres sociales que somos, durante la mayor parte de nuestro tiempo, estamos interaccionando con los demás, por lo que poseer buenas habilidades sociales predisponen en gran manera la calidad de nuestra vida. Pero conseguir que nuestras relaciones interpersonales, nuestra comunicación, nuestro dialogo con el entorno, sea natural, espontáneo, fluido, sin malos entendidos, sin conflictos, es más difícil de lo que a primera vista pudiera parecer.

Es bien sabido que las relaciones con otros pueden ser el origen de las mejores satisfacciones y de la más negra desdicha. Algunas personas ven dañada su salud psíquica debido a que tienen dificultades para establecer y mantener relaciones sociales con otros. Muchos encuentros cotidianos pueden ser desagradables, embarazosos o infructuosos debido a un comportamiento social inadecuado. La capacidad para relacionarse es el componente más representativo de nuestra salud mental, tal y como lo demuestran numerosas investigaciones. Entonces lo que se pretende es mejorar la capacidad para relacionarse y comunicarse con los demás. Esto puede ser fácilmente aprendido, y resulta perfectamente objetivable y evaluable.

Elementos del entrenamiento en habilidades sociales: muchas son las actividades que pueden realizarse en este sentido, tomando en cuenta la dificultad, la edad, etc. Pero aquí se enumeran unas cuantas posibles de trabajo.

- ✓ Proporcionar ocasiones para el trato con otras personas
- ✓ Fomentar las conductas pro-sociales
- ✓ Entrenar habilidades de conversación
- ✓ Atención a los modales

Otras habilidades

- ✓ Aprendizaje de juegos de mesa.
- ✓ Iniciar una conducta de contar chistes, cuentos, etc.
- ✓ Estimular el aprendizaje para tocar algún instrumento.

- ✓ Aprender a reírse de las propias meteduras de pata.

En el "entrenamiento en habilidades sociales", en general se debe incluir:

- ✓ Defensa de los propios derechos.
- ✓ Hacer peticiones.
- ✓ Rechazar peticiones.
- ✓ Hacer cumplidos.
- ✓ Aceptar cumplidos.
- ✓ Iniciar, mantener y terminar conversaciones
- ✓ Tomar la iniciativa para conocer a otros (presentarse).
- ✓ Expresión de sentimientos positivos (agrado, afecto).
- ✓ Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- ✓ Expresión justificada de sentimientos negativos (molestia, enfado, desagrado).
- ✓ Solicitar cambios de conducta.
- ✓ Disculparse o admitir ignorancia.
- ✓ Afrontar/ manejar críticas.

Consideraciones prácticas para el entrenamiento de habilidades sociales

A continuación se presentarán pautas generales de actuación ante posibles dificultades en la dimensión de las relaciones interpersonales.

a) Pasos para enseñar habilidades interpersonales existen problemas de relación interpersonal de diferente naturaleza y originados por distintas causas. Por ello, habrá que analizar qué técnicas específicas son apropiadas para cada caso: conductuales, cognitivas de control ambiental u otras.

No obstante, podemos hablar de una serie de pautas generales cuya consideración puede resultar conveniente en cualquier caso. Por ejemplo, el *Modelo de Merrell y Gimpel para la enseñanza de habilidades interpersonales* es un sistema de entrenamiento estructurado en pasos cuya aplicación puede claramente tener un objetivo tanto preventivo como rehabilitador.

Su sencillez lo convierte en un modelo de fácil aplicación en contextos familiares y/o lúdicos. En estos casos es recomendable que se implique el mayor número posible de familiares para que la persona disponga de modelos diversos, perciba coherencia entre las personas significativas que le rodean y reciba un feedback reestructurador.

1. Definición del problema

Se debe presentar del problema y la correspondiente oferta de ayuda para definirlo.

Ayuda para que se imaginen y propongan diferentes alternativas para solucionar el problema.

2. Identificaciones de soluciones

Se proporcionarán instrucciones concretas de la conducta social que se desea. Se ayuda a identificar los componentes de la habilidad en cuestión.

3. Exposición a un modelo

Un modelo (psicólogo o persona instruida) realiza la habilidad o conducta interpersonal deseada.

El modelo da cuenta de los componentes cognitivos y verbales, y realiza la habilidad.

4. Ensayo y representación de la conducta

Se guía verbalmente a través de los pasos consecutivos para que realice la habilidad.

Se representa lo aprendido tomando situaciones reales.

5. Información sobre la actuación

Se alaba o refuerza la correcta realización de la conducta social deseada en la situación de representación.

Se proporciona información correctiva y una nueva exposición a un modelo cuando la realización no es correcta.

Si se da el caso anterior se proporcionan nuevas oportunidades de ensayo y representación de la conducta deseada hasta que se realiza correctamente.

6. Eliminación de problemas de conducta

Los problemas de conducta que interfieren con la adquisición y realización adecuada de las conductas interpersonales se eliminan a través de técnicas basadas en el manejo de contingencias.

7. Autoinstrucción y autoevaluación

Se pide a la persona que "piense en voz alta" durante el entrenamiento viendo al modelo.

Se modifican las autoafirmaciones que reflejan un modo de pensar o sistemas de creencias distorsionados.

Las sesiones de entrenamiento incluyen un cambio gradual de instrucciones en voz alta a instrucciones pensadas y no verbalizadas.

8. Entrenamiento para generalizar y mantener lo aprendido

Durante todo el tiempo de entrenamiento, las situaciones, conductas y representaciones se realizan de una forma tan real y cercana a la situación social natural como sea posible.

Asimismo, en la línea del modelo presentado, Trianes (1999) sugiere una serie de preguntas-guía o mediadoras que, pueden ayudar a la persona a reflexionar sobre las situaciones interpersonales conflictivas que haya podido experimentar. Las preguntas-guía planteadas a continuación están basadas en las elaboradas por la autora citada.

Preguntas - guía para reflexionar sobre situaciones interpersonales problemáticas.

¿Qué pasó? ¿Qué está pasando? (Identificación de la situación problema)

¿Cómo se sintió y/o se siente ahora? (identificación de sentimientos asociados a la situación problema)

¿Por qué estuvo actuando de esa manera? (Identificación de causas)

¿En qué estaba pensando cuando se comportó de esa manera? (Identificación de cogniciones)

¿Qué quería conseguir con ese comportamiento? (Identificación de objetivos)

¿Qué consecuencias hubieron de su comportamiento? (Identificación de consecuencias)

¿Consiguió lo que se proponía? (valoración de la propia conducta en función de objetivos)

¿Cree que actuó correctamente? (valoración de la propia conducta en función de normas sociales y /o valores)

¿Cree que pudo haber actuado de otra manera? (Identificación de alternativas)

También se puede utilizar junto con la lectura de un cuento o historieta en la que el personaje experimente una situación interpersonal conflictiva. Y, tras haber comprendido el contenido de la historia, deberá ponerse en el lugar del protagonista e ir elaborando las soluciones posibles. En ocasiones, puede resultar eficaz comenzar con este procedimiento indirecto ya que pueden tener dificultades para relatar experiencias propias. La identificación con los personajes de historias hipotéticas puede facilitar esta cuestión.

3.2 DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Según el Psicólogo norteamericano Peter Salovey, entre los elementos que conforman la inteligencia emocional encontramos la creatividad, la capacidad para establecer relaciones, la motivación, la capacidad de escuchar las necesidades de los demás y la capacidad de anticiparse.

Para el control adecuado de las emociones se pueden utilizar técnicas de respiración y también se puede trabajar con el teatro".

MODELOS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Los principales modelos sobre la Inteligencia Emocional son los de Mayer (2001) (Modelo de las 4 ramas), el modelo de competencias de Goleman y el Modelo Multifactorial de Bar On.

Mayer (2001) distingue entre aproximaciones mixtas y aproximaciones de habilidades:

• **Aproximaciones de Habilidades:** El modelo de 4 ramas de Mayer divide la Inteligencia Emocional en cuatro áreas de habilidades:

- 1) Percibir emociones: Capacidad de percibir emociones en caras o imágenes.
- 2) Usar emociones para facilitar el pensamiento: Capacidad de usar las emociones para facilitar el razonamiento.
- 3) Comprensión de emociones: Capacidad de comprender información emocional acerca de las relaciones, transiciones de una emoción a otra e información lingüística acerca de las emociones.
- 4) Manejo de las emociones: Capacidad para gobernar emociones y relaciones emocionales para el crecimiento personal e interpersonal.

Jerárquicamente estas 4 ramas estarían dispuestas de modo que "percibir emociones" estaría a la base, mientras que "Manejo de emociones" estaría a la cima.

• **Aproximaciones Mixtas:** Estas aproximaciones populares incluyen atributos personales que están más comúnmente relacionados con la efectividad personal y el funcionamiento social

MODELO DE COMPETENCIAS EMOCIONALES DE GOLEMAN:

Incluye cinco competencias:

1. El conocimiento de las propias emociones
2. La capacidad de controlar las emociones
3. La capacidad de motivarse a uno mismo
4. El reconocimiento de las emociones ajenas
5. El manejo de las relaciones

MODELO MULTIFACTORIAL DE BAR – ON:

Bar On realiza una conceptualización multifactorial de la inteligencia emocional, conformada por los siguientes componentes factoriales:

1) C.F. Intrapersonales:

- Autoconcepto:
- Autoconciencia Emocional:
- Asertividad:

- Independencia:
- Autoactualización:

2) C.F. Interpersonales:

- Empatía:
- Responsabilidad social:
- Relaciones Interpersonales:

3) C.F. de Adaptabilidad

- Prueba de realidad:
- Flexibilidad:
- Solución de problemas: La habilidad de identificar y definir problemas así como generar e implementar soluciones potencialmente efectivas. Esta habilidad esta compuesta de 4 partes:
 - 1) ser consciente del problema y sentirse seguro y motivado frente a él
 - 2) definir y formular el problema claramente (recoger información relevante)
 - 3) generar tantas soluciones como sea posible
 - 4) tomar una solución sobre la solución a usar, sopesando pros y contras de cada solución.

4) C.F. de Manejo del Estrés

- Tolerancia al estrés:
- Control de impulsos:

5) C.F. de Estado de Animo y Motivación

- Optimismo:
- Felicidad:

TRABAJO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Para enseñar el manejo de las emociones a terceros, indudablemente, el ejemplo es el mejor modo. Además, existen algunas condiciones que pueden ayudar a realizar este entrenamiento (Jiménez 2000):

1. Permitir a los niños y adolescentes experimentar las emociones normales como miedo, ira, frustración, alegría, tristeza, etc. Protegerlos de estas emociones impide que posteriormente sean capaces de reconocer y comprender estas emociones en los demás.
2. Facilitar al niño situaciones en las que deba ponerse en el lugar del otro y ofrecer ayuda. Esto se puede lograr a través de historietas en las que el niño deba asumir diferentes roles, ejemplificaciones, etc.

Otro modelo de intervención es el cognoscitivo, el cual propone que debe existir un Cambio cognitivo, la modificación del modo de pensar para el consecuente manejo emocional, ya que

el pensamiento y la emoción forman un círculo reestructurante de generación entre sí. Entonces, la reorganización cognitiva es esencial, ya que determina las tendencias de acción y respuesta.

En definitiva la inteligencia emocional y la capacidad social es un conjunto de procesos relacionados que permiten al individuo desplegar satisfactoriamente representaciones mentales en la generación y regulación de la respuesta emocional y las relaciones interpersonales adecuadas.

Tratamiento en grupo para niños y adolescentes de autocontrol emocional y conductual;

Contenido de las sesiones:

1 Identificación de sentimientos

2 Clasificación en positivos y negativos.

3 Clasificación según las emociones básicas: Tristeza, Ansiedad, Rabia, Alegría, Amor, amistad.

4 La expresión de sentimientos; ventajas.

5 Mensajes “yo”

6 Autocontrol de las emociones

7 Primero identificarlas.

7.1 Segundo analizar qué las genera.

7.2 Decidir si primero auto controlarse y/o expresar sentimientos.

8 Autocontrol de la rabia:

8.1 La relajación según Jacobson.

8.2 “Pararse”-autocontención, contar, visualización de imagen positiva.

8.3 Auto-time-out.

8.4 Técnica de la tortuga de Scheneider.

9 Las emociones de tristeza y ansiedad. Técnicas de afrontamiento.

9.1 La relajación.

10 La autoestima.

10.1 Áreas: académica, deportes, relaciones, aspecto, conducta.

11 La autoestima.

12 Técnica de resolución de problemas; según Kendall.

13 Técnica de resolución de problemas y habilidades sociales: asertividad, agresividad, pasividad.

14 Técnica de resolución de problemas y habilidades sociales.

BIBLIOGRAFÍA:

LIBERMAN, David. “Del cuerpo al símbolo” Editorial Ananké

JUNG, Carl G. “El hombre y sus símbolos” Caralt Buc

LACAN, Jacques “La relación de Objeto” Editorial Paidós 2004

SAMI-ALI, “El sueño y el afecto” Amorrortu editores

MANDOLINI, Ricardo. “Psicología General” Capítulo sobre afectividad.

HANDLEY, Rima. “Estados Emocionales” Plaza & Janés editores, S.A

CHIOZZA, Luis. “Los afectos ocultos en Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebro-vasculares. Alianza Editorial.

NASIO, Juan David “Los gritos del cuerpo” Editorial Paidós 2004

ANZIEU, Didier “El yo piel” Biblioteca Nueva, Enero 2003

SAVAK, Roberto y WIATER, Adriana “Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos” Editorial Paidós

PEREZ ALVARES, Marino, FERNÁNDEZ, Jose Ramon FERNÁNDEZ, Concepción “Guía de tratamiento psicológicos eficaces I” Ediciones Pirámide 2003

PIPERNO, Graciela Lic. y otros “Las psicoterapias como camino” Ricardo Vergara ediciones 2004

DETHLEFSEN, Thorwald y DAHLKE Rüdiger. “La enfermedad como camino” Plaza & Janés editores, S.A

GOLEMAN Daniel “La inteligencia emocional” Javier Vergara editor S.A 1996

KENDALL, P.C., PADEVER, W y ZUPAN, B. (1980). Desarrollar auto control en niños: un manual de estrategias cognitivas-conductuales. Miniápolis: Universidad de Minnesota.