





# **Fundamentos de Psicología para principiantes**

Fecha de publicación: septiembre del 2019

Autoridades

Ing. Saúl Lara – Canciller

Dr. Franklin Tapia – Rector

Jorge Cruz, PhD – Vicerrector

Ing. Diego Lara – Director institucional académico

Janio Jadán, PhD – Coordinador institucional de investigación

©Autores: Gilda Moreno Proaño, Paulina Guerra Guerra, Diana Montero Medina, Paulina Pérez Pérez, Carlos Mariño Tamayo, Andrés Subía Arellano, Carlos Ramos Galarza.

ISBN: 978-9942-821-01-0

Pares revisores académicos:

Diego Porras Silva, Mgs. Director de Programas de la institución Children International Ecuador.

Gerardo Jiménez, Mgs. Académico en la Organización Internacional para las Migraciones de Ecuador.

Editor: Ing. Hugo Arias Flores, MBA.

Corrección, diseño e impresión:

Editorial El Conejo

Av. 6 de Diciembre N26-97 y la Niña, piso 3

Tel: 22 27 948/ 22 27 949

Fax: 2 501 066

info@editorialelconejo.com

www.editorialelconejo.com

Editorial de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Quito – Ecuador.



Queda rigurosamente prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la fotocopia y el tratamiento informático, sin autorización escrita del titular del Copyright, bajo las sanciones previstas por las leyes.

Cómo citar este libro:

Moreno-Proaña, G., Guerra, P., Montero, D., Pérez, P., Mariño-Tamayo, C., Subía, A. & Ramos-Galarza, C., (2019). *Fundamentos de Psicología para principiantes*. Quito, Ecuador: Universidad Tecnológica Indoamérica.

# Fundamentos de Psicología para principiantes

Gilda Moreno Proaño  
Paulina Guerra Guerra  
Diana Montero Medina  
Paulina Pérez Pérez  
Carlos Mariño Tamayo  
Andrés Subía Arellano  
Carlos Ramos Galarza

## Introducción

La Psicología actualmente se ha vinculado en diferentes áreas, y en esta obra hacemos un acercamiento a lo que se hace en esta ciencia en la psicoterapia, la psicología organizacional, los diferentes cuadros psicopatológicos, la psicología educativa, los fundamentos de la neurobiología en la conducta y cognición y el campo de la sexología.

En el capítulo “Fundamentos de la Psicoterapia”, escrito por Gylda Moreno Proaño, se analiza el desarrollo de la psicoterapia a lo largo de la historia, cómo en su evolución han ido apareciendo ideas de tratamiento psicológico cercanos a la época; asimismo, prácticas que se han mantenido hasta la actualidad; algunas de ellas, como por ejemplo el Diálogo Socrático, han ido afianzando el método científico. Se describe la metodología a seguir en un proceso psicoterapéutico, por lo cual se profundiza en la explicación de los componentes y las fases de la psicoterapia. El principal aporte del capítulo, en la formación del psicólogo, radica en el aprendizaje del proceso psicoterapéutico que le permite a este profesional realizar una psicoterapia efectiva, en la que obtenga resultados óptimos.

En el capítulo “Fundamentos de Psicología organizacional”, escrito por Paulina Guerra, se abarcan los temas relacionados con la formación de la psicología en el contexto laboral, desde sus inicios hasta cómo incide en el rendimiento del trabajador. Para ello, la psicología organizacional ha tomado ciertos aspectos importantes para el mejor desenvolvimiento del trabajador en el mundo empresarial, como las variables del clima organizacional, las teorías motivacionales más significativas y los factores humanos que inciden en la productividad del trabajador. La principal contribución de este capítulo

es tener un entendimiento claro de las bases de la psicología organizacional, sus fundamentos y teorías más destacadas que, sin duda, generan un bosquejo de lo que ha venido desarrollando en la psicología ocupacional, empresarial o, como muchos deciden llamarla, psicología del trabajo.

En el capítulo “Fundamentos de Psicopatología” para el psicólogo, escrito por Diana Montero, se examinan algunos de los aspectos fundamentales en el estudio de la psicopatología. En ese sentido, se profundiza en temáticas como Esfera de la conciencia, Esferas de la atención y la orientación, Esfera de la Memoria, Esfera de la sensor-percepción, Esfera del pensamiento, Esfera del lenguaje y Esfera afectiva. El principal aporte del capítulo en la formación del psicólogo tiene que ver con el reconocimiento de las diferentes esferas psíquicas, su funcionamiento y, sobre todo, los procesos psicopatológicos que se observan en cada una de ellas.

En el capítulo “Fundamentos de Psicología educativa”, escrito por Paulina Pérez, se analiza el aprendizaje y los factores que influyen en él. Para ello, se profundiza en el conocimiento de las teorías de la inteligencia, los modelos y los estilos de aprendizaje, las dificultades de aprendizaje y los problemas frecuentes en el aula, y cómo solucionarlos adecuadamente. El principal aporte del capítulo en la formación del psicólogo radica en reconocer el papel que desempeña el psicólogo educativo en las instituciones educativas y en la identificación de las diferencias y habilidades de los estudiantes, de manera que se proporcionen herramientas adecuadas al individuo para su desarrollo integral.

En el capítulo “Fundamentos de Neurobiología”, escrito por Carlos Mariño y Carlos Ramos, se profundiza sobre aspectos de central interés para el psicólogo que le permitan comprender la conducta y la cognición del ser humano desde el enfoque de la neurociencia. Los contenidos trabajados en este apartado del libro se organizan en dos temáticas: la primera, denominada como componentes del sistema nervioso central desde la célula nerviosa y los procesos a nivel neuronal del pensamiento del individuo; la segunda temática trabaja

en los fundamentos neuroanatómicos de la conducta y profundiza en la parte estructural del sistema nervioso. La principal contribución de este capítulo consiste en abordar las nociones que el psicólogo en formación debe contar, sobre la estructura neurobiológica que sustenta a la cognición y al comportamiento del ser humano y poder, así, brindar una atención integral al ser humano, sin dejar de lado el precepto de que todo lo que somos capaces de pensar, crear, actuar, sentir, pensar, en fin, vivir, es por el trabajo del órgano más complejo de nuestra corporeidad: el cerebro.

En el capítulo “Fundamentos de Sexología aplicada a la Psicología”, escrito por Andrés Subía, se indagan algunos de los aspectos fundamentales en la comprensión de la sexología y su objeto de estudio, la sexualidad humana. Para esto, se profundiza en temáticas como la interacción semántica dentro de la Sexología, el recorrido histórico-cultural de la sexualidad, la relación entre sexualidad y personalidad, la influencia de la sociedad en el comportamiento sexual, la educación sexual vs. la instrucción sexual, y algunos aspectos vinculados con la satisfacción sexual. El principal aporte del capítulo en la formación del psicólogo estriba en el tratamiento adecuado de diversos temas relacionados con la sexualidad de forma clara y técnica, de tal manera que se pueda guiar a las personas bajo parámetros de respeto y responsabilidad.

Finalmente, el equipo investigador invita a que el lector se deleite con el contenido de esta primera parte de los fundamentos de psicología para principiantes. Si bien, en esta primera parte trabajamos temas de gran relevancia en el campo de la Psicología, todavía quedan temáticas fascinantes que, de seguro, este equipo lo trabajará en una segunda parte. Esperamos que disfrute la lectura de este libro, tanto como nosotros hemos disfrutado escribiéndolo.

## Índice

<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo I: Fundamentos de Psicoterapia/</b>	
<b>MSc. Gylda Moreno Proaño</b>	<b>15</b>
Introducción	23
Historia de la psicoterapia	25
El proceso psicoterapéutico	31
Componentes de la psicoterapia	32
La relación terapéutica	33
Fases de la psicoterapia	42
Discusión y conclusiones	53
<hr/>	
<b>Capítulo II: Fundamentos de Psicología Organizacional</b>	
<b>Msc. Paulina Guerra Guerra</b>	<b>59</b>
Introducción	67
Algo de historia	69
Algunas definiciones de la psicología organizacional	70
Cómo se origina la psicología organizacional	73
Qué realiza un psicólogo organizacional	74
Dimensiones del clima laboral	79
Teorías motivacionales	83
Satisfacción laboral	85
Productividad	88
Discusión y conclusiones	103

<b>Capítulo III: Fundamentos de Psicopatología para el psicólogo MSc. Diana Montero Medina</b>	<b>115</b>
Introducción	125
Esfera de la conciencia	129
Esferas de la atención y la orientación	137
Esfera de la memoria	140
Esfera de la sensopercepción	146
Esfera del pensamiento	151
Esfera del lenguaje	160
Esfera afectiva	162
Conclusiones	169

<b>Capítulo IV: Fundamentos De Psicología Educativa MSc. Paulina Pérez Pérez</b>	<b>175</b>
Introducción	185
Desarrollo histórico de la psicología educativa	187
La inteligencia	190
Aprendizaje	203
Dificultades de aprendizaje	212
Discapacidades	220
Trastornos generalizados del desarrollo	223
Inclusión educativa	224
Problemas frecuentes en el aula	225
Acoso escolar	227
Manejo de los problemas en el aula	228
Discusión y conclusiones	231

<b>Capítulo V: Fundamentos de Neurobiología para el Psicólogo, Dr. Carlos Mariño Tamayo Dr. Carlos Ramos Galarza, Ph. D.</b>	<b>237</b>
Introducción	249

Componentes del sistema nervioso central: la célula nerviosa y sus funciones	251
Fundamentos neuroanatómicos de la conducta	269
Discusión y conclusiones	289

<b>Capítulo VI: Fundamentos de Sexología aplicada a la Psicología Dr. Andrés Subía</b>	<b>297</b>
Introducción	305
Interacción semántica dentro de la sexología	306
Recorrido histórico-cultural de la sexualidad	310
Sexualidad y personalidad	318
Influencia de la sociedad en el comportamiento sexual	322
Educación sexual vs. Instrucción sexual	325
¿La satisfacción sexual, privilegio de pocos?	326
La sexología en el futuro	328
Discusión y conclusiones	331



# Capítulo I

## **Fundamentos de Psicoterapia**

Fundamentals of psychotherapy

**MSc. Gilda Moreno Proaño**





### **MSc. Gylda Moreno Proaño**

Docente de la Universidad Tecnológica Indoamérica Sede Quito, Magíster en Ciencias Psicológicas con mención en Psicoterapia en la Universidad Central del Ecuador.

Su línea principal de investigación es la Psicoterapia, así como el estudio de la conducta humana derivada de las diferentes esferas de la psiquis.

Ha construido una metodología de atención psicológica con enfoque intercultural, aplicada en poblaciones indígenas de Imbabura que viven violencia intrafamiliar.

Ha participado en evaluaciones especializadas a jueces y fiscales del Consejo de la Judicatura a nivel nacional.

Experiencia de 15 años en consulta privada en psicoterapia.

[gyldamoreno@uti.edu.ec](mailto:gyldamoreno@uti.edu.ec)

### **Dedicatoria**

Dedico este libro a mi familia, a mis padres y hermanas.  
Con profundo amor para María Emilia y Benjamin, Erick y Alexito+, quienes ocupan el mayor espacio en mi corazón.  
A Diego, mi esposo, quien me acompaña cada día en mi aventura de la vida y de la Psicología.

## Resumen

En el presente capítulo, se habla de Psicoterapia, considerada como el arte de intervenir con el paciente para modificar su conducta, sus emociones, sus pensamientos y las actitudes que están afectando en su equilibrio emocional; la Psicoterapia desde un encuentro cálido con uno mismo y con los demás, un intercambio del estilo y la vida del terapeuta en cada sesión, un diálogo permanente que supera las técnicas. Se expone el desarrollo de la Psicoterapia a través del tiempo y cómo se ha sostenido hasta la actualidad. Se plantean estrategias para enfrentar situaciones y momentos difíciles en la relación terapéutica y obtener resultados óptimos. Finalmente, se describe a detalle cada uno de los pasos en un tratamiento psicoterapéutico.

**Palabras clave:** Psicoterapia, tratamiento psicológico, intervención psicoterapéutica, proceso psicoterapéutico

## **Abstract**

In the present chapter, we talk about Psychotherapy, considered as the art of intervening with the patient to modify his behavior, his emotions, his thoughts and attitudes that are intervening in his emotional balance. Psychotherapy from a warm encounter with oneself and with others, an exchange of style and life of the Therapist in each session, a permanent dialogue that overcomes the techniques. The development of Psychotherapy through time and how it has been sustained up to the present is exposed; strategies are proposed to face situations and difficult moments in the therapeutic relationship and obtain optimal results.

Finally, each of the steps to follow in a psychotherapeutic treatment is being described in detail.

**Key Words:** Psychotherapy, psychological treatment, psychotherapeutic intervention, psychotherapeutic process.

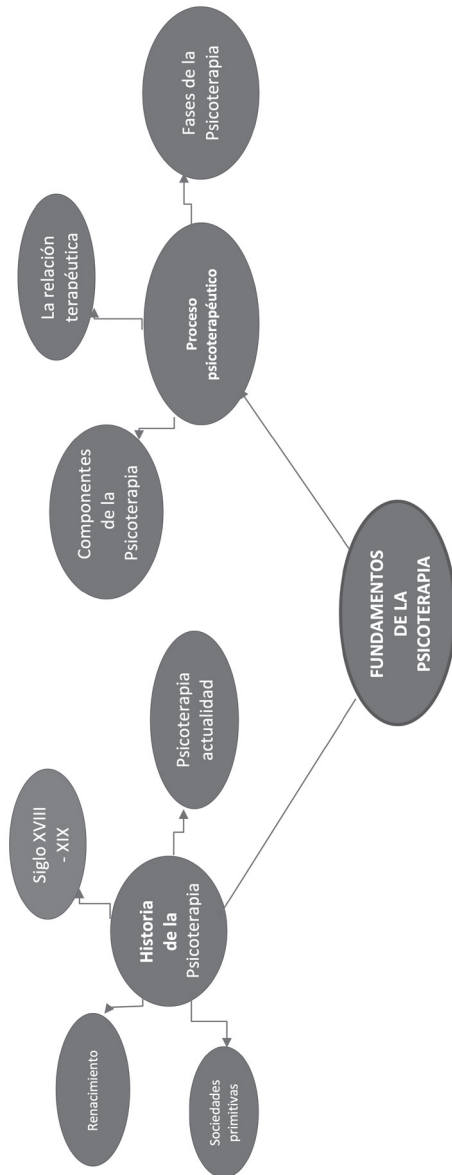
## Introducción

En las siguientes páginas he intentado condensar, de manera comprensible y gráfica, el proceso de la Psicoterapia. Espero que a los lectores les resulte fácil creer en la información que les presento, la cual ha sido parte de mi experiencia como psicoterapeuta, como docente y como una profesional apasionada de la Psicoterapia.

Inicio el texto con la historia, con argumentos para ilustrar cómo, desde épocas primitivas, existían las enfermedades mentales y la invención para curarlas, bajo la influencia de las costumbres, cultura, creencias e instancias, como por ejemplo la Iglesia. Poco a poco avanza con el desarrollo de las técnicas y la relación psicoterapéutica a través del tiempo. En la actualidad, aparecen nuevos enfoques que afianzan la validez del tratamiento; asimismo, terapias alternativas que atacan a quien padece un malestar o un sufrimiento y juegan con su bienestar, poniendo en duda a la ciencia.

Es necesario mencionar que la Psicoterapia se lleva a cabo entre un profesional con formación en Ciencias Psicológicas y en Psicoterapia y con las habilidades necesarias para facilitar procesos de cambio psicológico. Participa también el paciente, quien requiere la ayuda del psicoterapeuta para aliviar los síntomas que le producen sufrimiento.

Para medir la efectividad de la Psicoterapia, Frank (1982) refiere que existen algunos aspectos que favorecen el proceso psicológico y posibilitan mejores resultados, como se nombra: mantener una relación cordial, de confianza y prestigio entre el terapeuta y el paciente; proporcionar un ambiente de aprendizaje mutuo, activar sensaciones y emociones en el paciente y, por último, verificar los logros obtenidos. Para concluir, presento a detalle el proceso a seguir antes, durante y después de un tratamiento psicoterapéutico.



## Historia de la psicoterapia

La historia de la Psicoterapia está estrechamente relacionada con la historia de la Psicología. Desde años remotos, nació en el ser humano su intención de ayudar a su similar, sin ninguna base científica, únicamente guiado por su intuición y su afectividad desarrollada entre los conflictos “primitivos”; sin embargo, he ahí el uso de métodos naturales, creencias, rituales, técnicas caseras que sí tenían su funcionalidad en ese instante y cumplían el objetivo de “sanar” y “curar” el mal incrustado en la persona.

Zaldívar (1998) considera la existencia de un elemento que ha limitado el fortalecimiento de la psicoterapia: el reducirla a una “dimensión técnica”; no obstante, es una disciplina que tiene una identidad personal, desde lo epistemológico, teórico y práctico.

## Sociedades primitivas

En las sociedades primitivas, se considera a la enfermedad mental como una “anormalidad” conectada, de manera directa, con fenómenos sobrenaturales y místicos. Evidentemente, el enfermo mental es apreciado como poseído por un alma extraña.

La práctica terapéutica se ejercía con el único objetivo de expulsar los espíritus malignos, y consistía en la trepanación craneana, así como la aplicación de métodos mecánicos como ruidos fuertes, golpes al poseído, proporcionados por hechiceros.

Los denominados chamanes transferían los espíritus malignos a otro ser (animal) y, a través de conjuros, devolvían el alma verdadera al paciente.

## Grecia, siglo VIII a. C.

Como referentes de esta época, se menciona a grandes filósofos:

### Platón

Proveniente de la vieja aristocracia, amplió los planteamientos de Sócrates; este último se dedicó a encontrar el bien y fundó su filosofía en la búsqueda de la justicia.

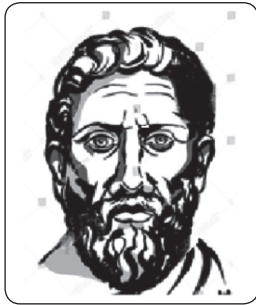


Figura 2. Platón

Fuente: Extraída de <http://bit.ly/2MIHRaQ>

Platón dividió el “alma” en tres partes:

- Alma inmortal o racional, localizada en la cabeza; por ser perfecta, debía ubicarse en la parte redonda y alta del cuerpo.
- Alma mortal, impulsiva o animosa; orientada a conquistar el honor y la gloria, se situaba en el tórax; podía sentir vergüenza y culpa.
- Alma pasional y apetitiva, situada en el vientre y genitales, interesada en el placer corporal, sexo, alimento y dinero; se convertía en un desecho de ideas irracionales.

### Aristóteles

Discípulo de Platón. A diferencia de su maestro, racionalista en esencia, Aristóteles siempre se mostraba científico, práctico, observador y amante de la naturaleza, a la que consideraba como algo sagrado

en donde la mente o psique se desarrollaba ante cualquier cosa y permitía crear sensaciones y percepciones; es así que el ser humano aprende a través de la experiencia y del contacto con la naturaleza (empirismo).

La práctica terapéutica se fundamentaba en modificar las opiniones falsas del individuo con ejercicios escritos o verbales de meditación y concentración.

Introdujo la lógica que permite al ser humano diferenciar el razonamiento real del falaz.

### Hipócrates

Atribuyó la causa de las enfermedades a cuatro humores del cuerpo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, que se ubican en el corazón, cerebro, hígado y bazo y, a su vez, se asocian con el temperamento sanguíneo, flemático, colérico y melancólico.

A raíz de los aportes de grandes filósofos, los griegos comenzaron a desarrollar bienestar en su vida, a liberarse de las perturbaciones y a encontrar un concepto de felicidad. Así surge la *ataraxia*, término que define la ausencia de conflictos, preocupaciones y desesperanza que llega a un estado de tranquilidad, amistad y afectividad, y al control de las emociones y el placer. Es entonces cuando aparecen los individuos que cumplían un papel similar al de un médico que proporcionaba recetas a la gente para llegar a tal estado. Aparece el primer intento de psicoterapia.

### Edad Media

La Edad Media se caracterizó por un ser un período de máxima creatividad, principalmente relacionada con la filosofía, gracias al rescate de obras de Aristóteles y a la construcción de iglesias románicas y góticas.

La Iglesia jugó un papel importante en esta época, al considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural del “diablo”. El pecado era la raíz de todo mal y la terapia para evitarlo era la confesión, así como también, la comunión individual,

la búsqueda de Dios que prevalece a la razón, no la de un yo personal ni de la naturaleza propia del ser.

La misma perspectiva surge con una mirada interior en busca de iluminación y salvación; inclusive, aparece la práctica de recluir a una persona en una habitación con una estufa encendida, con el fin que descubra la conciencia y demuestre la existencia de Dios a partir de su propia existencia.

La visión terapéutica se divide en dos vertientes:

a) Animar a descubrir y capturar herejes y brujas, para torturarlos y quemarlos; y

b) Animar a alejarse del pecado en un modo más personal y humanitario, centrada en ejercicios espirituales periódicos que eviten los vicios.

Las brujas eran consideradas como seres malignos que vendían su alma al diablo. Spanos (2009) manifiesta que ser una bruja o un hechicero era mal visto; además, estas se convertían en el centro de atención de todos, tal como se observa en la Figura 5.



Figura 5. *Los Cuentos de Hadas*

Fuente: Extraída de <http://bit.ly/2Zs3TVi>

En las ciudades italianas se desarrolla una concepción más interna e individualista de la mente y emerge el Renacimiento.

## Renacimiento

### Siglo XVI al XVII

En esta época se aprecia un enfoque más humanista. La visión demonológica fue desechada. Se da lugar a un equilibrio entre la religión y la ciencia moderna, y surgen explicaciones que apelan a lo sobrenatural. Se considera como el período más trastornado de la historia de Europa, tanto social como psíquicamente, caracterizado por la pobreza, angustia y superstición (Leahey, 2009). Esto, como consecuencia, da lugar a una serie de curaciones, entre las que se señala:

- Los médicos renacentistas consideraban que las lesiones del cerebro y en el cráneo se curaban administrándoles nueces a los pacientes, por la similitud entre los dos elementos.
- El poder de curación se centra en los imanes, objetos llenos de virtudes que la naturaleza les otorga, y no un hechizo o brujería.
- El renacimiento sugería que la vida y la mente eran como un imán que permanecía en el cuerpo, no en la naturaleza
- Las enfermedades mentales no eran de naturaleza divina; en cambio, la influencia de los astros producía deliberadamente el trastorno mental, como se evidencia en la Figura 6.



Figura 6. *Astrología*

Fuente: Extraída de <http://bit.ly/2ZvBcCU>

## Revolución francesa

Los filósofos franceses eran intelectualmente brillantes y famosos. Desarrollaron un intenso odio hacia la religión, pues la consideraban como una institución que mantenía a las personas en la ignorancia. Así nace la Revolución francesa.

En el período de la Revolución francesa, el médico Pinel (1826) introdujo el tratamiento moral, que consistía en suponer que los problemas de la mente derivaban en problemas morales, y animaba al personal de los centros hospitalarios a contactar con los problemas de los enfermos, a través de actividades ocupacionales, manuales, que respeten los intereses y gustos personales. El método utilizado se considera como la antesala de la psicoterapia actual.

## Siglo XVIII e inicios del siglo XIX

Gall (1796) propone la frenología; término que alude a la relación de la forma del cráneo, el grado de extensión y la preponderancia de las zonas cerebrales, con el carácter y el intelecto.

Al mismo tiempo, surgen conceptos referidos al magnetismo: se afirma que las personas tienen un fluido corporal de carácter magnético que, al resquebrarse, provoca una enfermedad mental.

El restablecimiento de la salud consistía en la colocación de imanes cerca del paciente, así como frotarlos sobre determinadas partes del cuerpo.

## Desarrollo de la Psicoterapia actual

La Psicología clínica se constituye en Estados Unidos, a principios del siglo XX. A raíz de la Segunda Guerra Mundial, comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico, en primera instancia, para la selección de personal de los soldados de guerra y, en segunda, como tratamiento postraumático.

Boulder (1949) define el papel del psicólogo clínico en tres áreas: diagnóstica, de investigación y de terapia. Como resultado, los

psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis.

La Psicoterapia alcanza un auge, especialmente con el psicoanálisis, considerándose como un tratamiento de élite; sin embargo, dentro del mismo grupo de psicoanalistas, comienza un debate sobre la efectividad y el tiempo que se emplea para el tratamiento; es decir, una prolongación de las sesiones terapéuticas sin obtener resultados rápidos. Es así que aparecen nuevos enfoques psicoterapéuticos.

De igual manera, surgen prácticas informales como el *coaching*, las flores de Bach, la imagenología, *el mindfulness*, entre otras, que pueden provocar un efecto amortiguador del síntoma; no obstante, no llegan a la causa misma o a abordar todas las áreas afectadas del paciente. Además, ponen en riesgo la validez de las ciencias psicológicas, puesto que la persona que utiliza tales herramientas no sigue un procedimiento científico; aun así, convencen de su curación a las personas que acuden a ellas.

## El proceso psicoterapéutico

El término terapia proviene del griego *therapeia*, que significa “atender” y “curar”.

Corsini (2004) considera que el término psicoterapia no se puede definir con precisión. La define como un proceso formal de interacción entre dos personas, con el fin de disminuir el malestar emocional o conductual.

Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismas como agentes de salud (Mahoney, 1995, p. 25).

La psicoterapia también ha sido definida por Tizón (1992) como “la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos

mentales o el sufrimiento humano, no sólo psicológico” (p. 18). En consecuencia, la psicoterapia también va encaminada a trabajar con el paciente las áreas que se encuentren en conflicto, tanto a nivel conductual, emocional, afectivo y social.

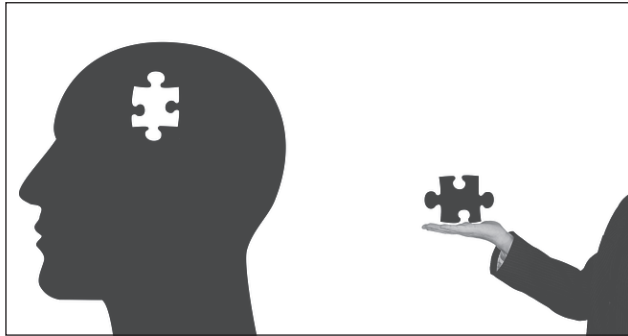


Figura 7 *Salud Mental Psicología*

Fuente: Extraída de <http://bit.ly/32d0SWs>

## Componentes de la psicoterapia

La Figura 8 muestra los cuatro componentes de la psicoterapia, tal como describe Frank (1982).



Figura 8. *Componentes de la psicoterapia*

Fuente: Elaboración propia

- a. **Confianza.** El terapeuta edifica una estructura de confianza emocional con el paciente.
- b. **Curación.** El paciente busca en el terapeuta la curación de su malestar, lo que se diferencia de buscar ayuda en un amigo. Whitaker y Malone (1967) consideran que la psicoterapia va más allá de solo reducir tensiones, más allá del campo de las relaciones humanas; es un proceso especial y, sobre todo, científico.  
El objetivo del psicoterapeuta no tiene que ser la curación total de los síntomas del paciente, puesto que puede convertirse en una responsabilidad descomunal e imposible; es mejor considerar una mejoría significativa en las dificultades expuestas por el paciente, que incluya los síntomas y la conducta (Strupp, 2002).
- d. **Referencia racional.** El terapeuta otorga al paciente una explicación racional sobre la sintomatología que presenta.
- e. **Ritual.** El ritual es el encuentro entre dos desconocidos, el terapeuta y el paciente, para cumplir con un fin determinado: brindar bienestar al paciente.

El encuentro mencionado encierra el lenguaje corporal, que debe ir acorde con el momento, el espacio y el contexto profesional que se está desarrollando; asimismo, depende del estilo del terapeuta y de la forma de ser del paciente.

## La relación terapéutica

La relación terapéutica es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a consulta, con el fin de mejorar su condición de vida y modificar sus pensamientos, actitudes y conducta.

Es un espacio vincular, de alianza para el trabajo; sin embargo, el vínculo que se crea únicamente será el profesional, mas no de amistad, peor aún un sentimiento más profundo, como cariño o amor.

### ***Psicoterapeuta***

Persona especialista en psicoterapia, entrenada para generar cambios a través de la terapia.

El psicoterapeuta, además de poseer la formación académica como un requisito imperativo, no solo de los procesos psicológicos en general, sino también de técnicas que fortalecen el método científico, domina ciertas habilidades que sirven para conseguir el éxito del proceso psicoterapéutico y fomentar el cambio positivo del paciente. Es indispensable sostener una comunicación verbal fluida, con un vocabulario selecto, distinguido, así como una comunicación no verbal congruente.

Entre otras características propias, se describe la intuición, la capacidad de observación al detalle, así como mostrar una actitud de respeto, comprensión y ayuda hacia los demás, para generar un ambiente de cordialidad y confianza.

La experiencia del psicoterapeuta incide en el desarrollo de las habilidades. Según algunos estudios realizados, se concluye que, a mayor experiencia, se reducen las interpretaciones y confrontaciones hacia el paciente, lo cual propicia mayor empatía y exploración. (Winkler, Cáceres, Fernández, & Sanhueza, 1989).

Diversos autores concuerdan en que la personalidad del psicoterapeuta complementa el éxito de la terapia; es decir, que la presencia de honestidad, responsabilidad, objetividad, creatividad, buen sentido del humor y paciencia ayudan indiscutiblemente al éxito del paciente.

Por último, vale subrayar la influencia de una vida satisfactoria y saludable del psicoterapeuta para poder enfrentar los conflictos de sus pacientes. Una alternativa puede ser la supervisión permanente de otro terapeuta o un proceso personal para superar dificultades propias no resueltas.

### ***Autocuidado del profesional***

Con el transcurso del tiempo, tanto las relaciones óptimas como las relaciones conflictivas, sumadas al trabajo diario del terapeuta, pue-

den provocar un desgaste de tipo laboral y, sobre todo, emocional que, sin una atención especializada, podría recaer en una alteración psicológica de mayor gravedad. He ahí la importancia del autocuidado del psicólogo acudiendo a terapia personal, tanto para seguir un proceso propio, como para supervisar sus intervenciones. Asimismo, es conveniente realizar actividades artísticas o actividades físicas diariamente, para mantener el equilibrio y brindar una mejor atención al paciente (Loubat, 2005).

### ***Paciente***

Persona que se acerca al psicoterapeuta, con el propósito de mejorar su calidad de vida, a través de cambios actitudinales, cognitivos, conductuales o emocionales.

### ***¿Cuándo busca el paciente al terapeuta?***

Aparece la primera molestia en el mundo psíquico del paciente, es decir, sufrimiento propio y afectaciones hacia los demás. Campo (2004) considera que la relación terapéutica entre el profesional (terapeuta) y el paciente inicia antes del primer encuentro, cuando aparece la demanda. Por otro lado, esa relación no termina en la última sesión, pues aún queda una reflexión en el paciente.

El paciente por sí mismo decide buscar ayuda psicológica; no obstante, previamente ha realizado un recorrido prolongado entre sus amistades, conocidos, familiares, guías espirituales, entre otros; o, a su vez, la pareja o una persona afectivamente cercana es quien impulsa al paciente a iniciar un proceso psicoterapéutico.

La Figura 9, en la que se observa una persona quitándose la máscara, se acerca al concepto mencionado, en el cual, una vez que el paciente se encuentra con el terapeuta, existe una manifestación de sentimientos y emociones claras y verdaderas, en un intento de mostrarse tal y como es.



Figura 9. Paciente sin máscara

Fuente: Extraída de <http://bit.ly/2LeVifB>

La relación psicoterapeuta-paciente se construye en medio de la subjetividad cognitiva y afectiva, pero el psicoterapeuta debe dejar un espacio para la objetividad diferente de la percibida por el paciente, ya que este vive una realidad falsa que le ha motivado a acudir a terapia. Como resultado, el conocimiento, la experiencia y la subjetividad del psicoterapeuta, adheridos a la subjetividad del paciente, van instaurando una intersubjetividad (Gabbard, 1996).

El resultado de una relación psicoterapeuta-paciente fluida y adecuada depende de ciertas características exteriorizadas por el psicólogo. Corbella y Botella (2014), en su publicación *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes* nombra:

- Características sociodemográficas como: etnia, edad, género.
- Características profesionales como: experiencia, enfoque psicológico, trayectoria laboral, aspectos éticos.

- Desarrollo de aspectos emocionales, como: empatía, compromiso, acercamiento adecuado, flexibilidad, apertura ante imprevistos, entre otros.
- Uso de una comunicación asertiva.
- Rasgos de la personalidad y estilo propio; en ocasiones, constituye el éxito al momento de plantear una relación.

Corbela et al. (2009) afirman que tales características le permiten al psicoterapeuta conocer y comprometer al paciente y anticiparse a la conducta que podría manifestar el paciente.

La empatía es uno de los factores importantes que aparece en la creación de una alianza psicoterapéutica: produce un cambio en el paciente, previene conflictos, mejora las relaciones familiares, laborales y mejora la salud (Mateu et al., 2010).

Se pueden presentar rupturas en la relación ya constituida, considerando la ruptura como una separación física, subjetiva, comunicacional; o, a su vez, la tensión que experimenta tanto el terapeuta como el paciente. En efecto, cada sesión se deteriora, los resultados no son visibles e, inclusive, se puede dar fin al tratamiento.

Según Safrán & Muran (2011), existen dos motivos por los cuales se puede romper la relación psicoterapeuta-paciente: 1) alejamiento, entendido como un alejamiento silencioso del paciente, excusas e imprevistos no anunciados, citas canceladas, atrasos reiterados a las sesiones psicológicas planificadas; y, 2) confrontación, es decir, manifestación de ira, desacuerdo e insatisfacción del paciente con la terapia o con algunos de sus elementos.

Existen dos modelos teóricos que actúan como un salvavidas en el momento que se presenta una ruptura (Safrán & Muran, 2011), como se explica en las Figuras 10 y 11:

## Alejamiento

Etapa	Descripción	Solución
Distanciamiento	Relación pasiva-sumisa, el paciente no se preocupa por él mismo.	Abandonar el rol autoridad-dominado.
Desvinculación	El terapeuta y el paciente se dan cuenta de la ruptura.	El terapeuta asume su papel en la aparición de la ruptura y vuelve a concentrarse en el paciente.
Afirmación cualificada	El paciente comienza a expresar su experiencia, pero se retracta.	Facilitar la expresión del paciente y brindarle una retroalimentación sobre lo sucedido.
Evitación	El paciente se bloquea y deja de expresar su experiencia de ruptura.	Utilizar un tono de voz suave con el paciente para evitar las resistencias.
Autoafirmación	El paciente expresa su ruptura y asume su responsabilidad sobre ella.	Posición empática, sin juzgar al paciente.

Figura 10. *Alejamiento*

Fuente: Elaboración propia

### Etapa 1

#### *Distanciamiento*

En esta etapa, el paciente no se preocupa por sí mismo y comienza a asumir una relación de sumisión frente al terapeuta, a obedecer y a cumplir tareas o sugerencias; mas no se produce una reflexión propia.

El terapeuta provoca *insight* en el paciente, es decir, traerlo al aquí y ahora, y se sitúa en una relación terapeuta-paciente adecuada.

### Etapa 2

#### *Desvinculación*

Tanto el terapeuta como el paciente empiezan a darse cuenta de la ruptura que se está provocando en la relación terapéutica: sienten la

presión, la distancia, el bloqueo, la resistencia; obstáculos que impiden continuar con la relación. El terapeuta ha abandonado su atención en el paciente y se ha concentrado en el sentimiento que genera la ruptura.

Es el momento de retomar la concentración del terapeuta en el paciente y su malestar; de igual manera, el paciente debe volver a concentrarse en las expectativas y los objetivos planteados para el tratamiento psicológico. El terapeuta asume su responsabilidad y encuentra las causas en las que él es también partícipe de la ruptura de la relación terapéutica.

### Etapa 3

#### *Afirmación cualificada*

El paciente comienza a expresar su malestar por la ruptura que está notando con el terapeuta; no obstante, intenta cubrir y ablandar la situación y se retracta por el temor a recibir el rechazo del terapeuta y abandonar definitivamente el tratamiento.

Es importante que el terapeuta le permita al paciente expresar sus emociones, sentimientos y su criterio sobre lo que está percibiendo, así como brindarle una retroalimentación de lo sucedido.

### Etapa 4

#### *Evitación*

El paciente definitivamente experimenta un bloqueo de la situación de ruptura y evita por cualquier motivo hacer conciencia de lo apreciado, a causa de las creencias que aparecen con respecto a sí mismo y al tratamiento.

El terapeuta empieza a trabajar para romper la resistencia del paciente, utilizando técnicas psicoterapéuticas apropiadas y estrategias como el tono de voz suave y directo, cambiar y generalizar los temas, etc.

## Etapa 5

### Autoafirmación

El paciente se da cuenta de los elementos que facilitaron la ruptura de la relación con el terapeuta y expresa su responsabilidad y sus necesidades.

El terapeuta escucha empáticamente al paciente sin juzgarlo e intenta buscar estrategias de solución.

### Confrontación

Etapa	Descripción	Solución
Confrontación	El terapeuta escucha al paciente sus reclamos.	Evitar responder a la defensiva.
Desvinculación	El terapeuta y el paciente se dan cuenta de la ruptura.	El paciente debe reconocerse como el autor principal de sus acciones.
Explotación del constructo	El paciente no argumenta sus reclamos.	El terapeuta facilita y organiza las causas y percepciones del paciente en cuanto a la ruptura.
Evitación de la agresión	El paciente esconde su culpa con agresividad	El terapeuta trata la ira y la culpa.
Evitación de la vulnerabilidad	El paciente intenta alejarse y sentirse vulnerable.	Facilitar el reconocimiento de las emociones.
Vulnerabilidad	El paciente no reconoce sus necesidades.	El paciente comprende que todas sus necesidades no pueden ser satisfechas

Figura 11. *Confrontación*  
Fuente: Elaboración propia

## Etapa 1

### Confrontación

Es una etapa caracterizada por la confrontación del paciente hacia el terapeuta, sobre todo, la expresión del malestar percibido.

El terapeuta debe evitar responder a la conducta defensiva del paciente.

## Etapa 2

### Desvinculación

Tanto el terapeuta como el paciente se dan cuenta de la ruptura que se produjo en la relación terapéutica.

El terapeuta sensibiliza al paciente para que reconozca su participación en el malestar generado en la relación con el profesional.

## Etapa 3

### Explotación del constructo

El paciente expone su desacuerdo con algunos aspectos del proceso psicoterapéutico; sin embargo, no argumenta sus reclamos.

El terapeuta ayuda al paciente a organizar sus ideas, así como a racionalizar sus percepciones y expectativas sobre el desarrollo del tratamiento.

## Etapa 4

### Evitación de la agresión

El énfasis del terapeuta es lograr que el paciente reconozca sus omisiones en la relación terapéutica; no obstante, se muestra agresivo con el profesional, como una culpa encubierta.

## Etapa 5

### *Evitación de la vulnerabilidad*

El paciente intenta alejarse y sentirse vulnerable. Es ahí cuando interviene el terapeuta para facilitar la comprensión de las emociones propias del paciente.

## Etapa 6

### *Vulnerabilidad*

Finalmente, el paciente reconoce sus sentimientos y emociones, y comprende que no pueden ser satisfechos de manera inmediata.

## Fases de la psicoterapia

Las fases de la psicoterapia se explican a continuación en la Figura 12:



Figura 12. *Fases de la Psicoterapia*

Fuente: Elaboración propia

## 1. Inicio de la psicoterapia

El inicio de la psicoterapia, a la vez, incluye cuatro subfases, tal como se ilustra en la Figura 13.



Figura 13. *Inicio de la psicoterapia*

Fuente: Elaboración propia

### *Demanda*

Es importante que, antes de iniciar la psicoterapia, el paciente se perciba como parte del problema y de la queja. Así se sentirá corresponsable de su dolencia y, por consecuencia, aumentará su compromiso con el tratamiento (Machado, Féres-Aries, & Magalhaes, 2008). Además, como sugieren Winkler et al. (1989), es necesario conocer previamente al paciente, la queja, las expectativas y la disposición al cambio; así como las características del paciente, con el fin de planificar el tratamiento adecuado.

La diferencia notable entre el motivo de consulta y la demanda se enfoca en que el primero equivale a la descripción de un conjunto de síntomas o problemas que objetivamente se pueda atender, mien-

tras que la segunda es una necesidad subjetiva y el deseo de pedir ayuda (Martínez, 2006).

El terapeuta es experto en averiguar cuál es la demanda implícita en el paciente, para conocer cuál es su motivación e interés para asistir a la consulta; factores que también influyen en el éxito del tratamiento. Es imprescindible aproximarse al máximo al problema o problemas por los que el paciente consulta.

El paciente, a su vez, aparte de explicar lo que le ocurre, deberá tener la capacidad de reconocer y explicitar claramente cómo es su sufrimiento, cómo es su afectación y señalar el motivo real por el cual solicita ayuda.

### **Rapport**

Es el inicio de la relación terapéutica, en el cual surge un sentimiento de armonía y cordialidad importantes para que el paciente se sienta cómodo y en un ambiente agradable. Es el trato cordial, la atención y la aceptación que se le brinda al paciente, reflejada en los gestos, el tono de voz, las expresiones (Oblitas, 2004).

El ambiente de confianza se mantendrá a lo largo de la psicoterapia; depende de la habilidad del terapeuta para transmitir al paciente tal aceptación y lograr que el paciente vuelva y concluya el tratamiento.

### **Encuadre**

Al inicio de la psicoterapia, aparecen elementos que requieren una explicación clara para evitar imprevistos o dificultades; ejemplo: horario, tiempo, lugar, costos, metodología, entre otros.

Al realizar el encuadre, el terapeuta brinda al paciente un marco estable de referencia sobre el tratamiento que va a iniciar y, en consecuencia, tranquilidad. A continuación, se presenta un ejemplo:

**Enfoque.** El enfoque que se utilizará será el cognitivo conductual. Este se centra en modificar los pensamientos negativos y la conducta

inadecuada. En el proceso, se enviarán tareas para realizar fuera del espacio terapéutico.

**Lugar.** Las sesiones psicológicas se realizarán en el consultorio psicológico, ubicado en (escribir la dirección exacta).

**Frecuencia sesiones psicológicas.** Las sesiones psicológicas se realizarán un día a la semana, (ejemplo el martes); si fuese necesario, dos días.

**Horario.** Cada sesión psicológica tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente, en el horario de (ejemplo 15h00 - 15h45).

**Confirmación de asistencia.** El paciente se compromete a confirmar su asistencia a cada sesión con anticipación. Asimismo, tanto el terapeuta como el cliente acuerdan cancelar la cita si se presenta algún imprevisto.

**Honorarios.** El costo por cada sesión psicológica es de (valor a pagar); dinero que será cancelado una vez que concluya la sesión psicológica o, a su vez, al finalizar el tratamiento, según el tiempo invertido.

**Confidencialidad.** Todo lo expuesto en el espacio psicoterapéutico de parte del terapeuta y paciente tiene un compromiso de confidencialidad absoluta.

**Duración del tratamiento.** La psicoterapia tendrá una duración de ocho sesiones, denominada psicoterapia breve; sin embargo, según el caso (intensidad de los síntomas y evolución del trastorno presentado), se puede requerir más tiempo.

### **Contrato terapéutico**

El contrato terapéutico prepara al paciente para iniciar la psicoterapia, estructura el proceso y facilita el establecimiento de metas y objetivos terapéuticos (Emmelkamp, 2002).

El psicoterapeuta explica al paciente que el contrato a firmar no tiene ninguna validez legal; no obstante, genera un compromiso mutuo entre el terapeuta y el paciente para dar inicio a la psicoterapia.

En el contrato terapéutico se define el encuadre realizado anteriormente; es decir, se escriben todos los aspectos acordados, como horario, enfoque que se utilizará, términos de confidencialidad, honorarios, entre otros, tal como se muestra a continuación, en la Figura 14:

## Contrato psicoterapéutico

El presente documento es de naturaleza confidencial y con propósitos exclusivamente psicoterapéuticos.

En la ciudad de....., el (día) de (mes) del (año) en (lugar) el/la psicoterapeuta (nombre y apellido) y el paciente (nombre y apellido) se reúnen para establecer los lineamientos del tratamiento psicoterapéutico con base en las siguientes cláusulas:

**Primera.-** Los presentes se comprometen a mantener la más estricta confidencialidad de cada sesión psicológica, así como de la evaluación y el diagnóstico recibido; por lo tanto, a no divulgar la información sin previo consentimiento.

**Segunda.-** El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente, de acuerdo con los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo.

**Tercera.-** El paciente se compromete a asistir a las sesiones psicológicas planificadas, las mismas que se llevarán a cabo el (día) de cada semana, en el horario de las (hora). Cada sesión tendrá una duración aproximada de 45 minutos aproximadamente.

Si por algún motivo se exigiera un cambio en el horario o suspensión de la sesión, el paciente avisará al terapeuta con anticipación sobre el motivo, y coordinarán una nueva cita.

**Cuarta.** El paciente acudirá al tratamiento psicoterapéutico como mínimo ocho sesiones, o se prolongará en el tiempo de acuerdo con la evolución de la sintomatología presentada.

**Quinta.-** Acerca de los honorarios, cada sesión psicológica tendrá un costo de (precio), valor que será cancelado según acuerdo de las dos partes.

### Firmas de responsabilidad

Terapeuta

Paciente

Figura 14. *Contrato psicoterapéutico*

Fuente: Elaboración propia

## 2. Desarrollo de la psicoterapia

El desarrollo de la psicoterapia es la parte esencial del tratamiento. Incluye la primera entrevista psicológica, el plan psicoterapéutico y las técnicas psicoterapéuticas, como muestra la Figura 15.

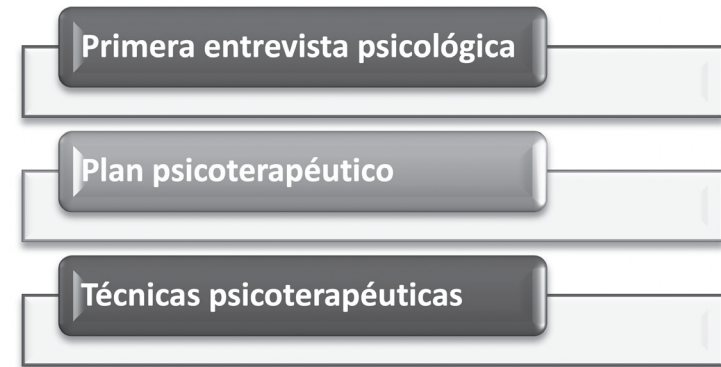


Figura 15. *Desarrollo de la psicoterapia*

Fuente: Elaboración propia

### *Primera entrevista psicológica*

En la primera entrevista se realiza una recaudación minuciosa de datos, que contemple aspectos personales, familiares, sociales, fisiológicos; con énfasis en el motivo de consulta.

Es indispensable considerar elementos verbales y no verbales del paciente; si el paciente es un niño, deben tomarse en cuenta las acciones de sus padres o acompañantes; por ejemplo, la colaboración, la resistencia hacia el terapeuta, los gestos, movimientos.

La primera entrevista dura entre 60 y 80 minutos, como resultado de las características de personalidad del paciente y de la demanda. Existen pacientes hábiles para comunicarse, extrovertidos, con un lenguaje fluido; a diferencia de otros tímidos y recelo-

sos. Es entonces cuando se alarga la sesión o, a su vez, se requiere de otras.

La primera entrevista psicológica debe ser fluida y bien dirigida, pues es la herramienta que el psicoterapeuta tiene para elaborar la historia clínica psicológica y, por consiguiente, el plan terapéutico.

La primera entrevista psicológica, en ocasiones, es más breve. García (2007) plantea que hay pacientes que manifiestan una sintomatología intensa, por lo que es necesario enfocar toda la atención para tratar y disminuir el síntoma. Es la prioridad en ese momento.

De igual manera, existen pacientes que manifiestan su deseo por conocer a detalle la metodología utilizada en la terapia, y conocer a profundidad la experiencia del terapeuta, con el fin de no fracasar en el tratamiento. De ser así, el profesional utilizará todo el tiempo necesario para aclarar las dudas del paciente y transmitir tranquilidad y confianza. Los datos se recogerán en las siguientes entrevistas.

La primera entrevista es tan importante que marca el éxito del tratamiento, la permanencia o el abandono del paciente a la psicoterapia.

### ***Plan psicoterapéutico***

La psicoterapia va dirigida al paciente según su necesidad; por lo tanto, es ineludible comprender de manera clara su situación, la demanda, la sintomatología, diagnóstico, etc. (Bernardi et al., 2004).

El plan terapéutico debe incluir los aspectos personales, familiares y sociales del paciente; así como la psicopatología presentada y las técnicas que se aplicarán (Araújo & Shinohara, 2009).

A continuación, en la Figura 16 se presenta un esquema de un plan terapéutico (general):

Paciente:

Edad:

Enfoque a utilizar:

Sesión Nro.	Actividad/ Técnica	Objetivo	Recursos	Tiempo	Responsable
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Figura 16. *Esquema plan terapéutico*

Fuente: Elaboración propia

El mismo esquema se puede utilizar para planificar cada sesión psicológica.

### ***Técnicas psicoterapéuticas***

Los métodos, procedimientos y recursos agrupados entre sí forman las técnicas psicoterapéuticas, las cuales están fundamentadas por una teoría o un enfoque psicológico.

No existen técnicas más eficaces que otras; cada una tiene su validez para provocar cambios en el paciente dentro de un proceso psicoterapéutico.

En la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas, se sigue un hilo conductor coherente al plan terapéutico. No es posible mezclar una serie de enfoques y técnicas según la conveniencia del terapeuta; por ejemplo, no es correcto escoger un enfoque cognitivo conductual y aplicar una técnica de asociación libre del psicoanálisis (Loubat, 2005).

Hay un sinnúmero de técnicas desde cada enfoque psicológico, entre ellas, se nombran: la desensibilización sistemática, la reestructuración cognitiva, la técnica de resolución de problemas; las técnicas de relajación, como el entrenamiento autógeno, de Shultz; el relajamiento progresivo, de Jacobson, entre otras que serán objeto de explicación en un próximo texto.

### 3. Evaluación de la psicoterapia

El cambio psicoterapéutico es todo aquello que permite darse cuenta de que el paciente llegó a la consulta con sintomatología o una problemática y concluye de manera diferente. Se evalúan las relaciones familiares, sociales o laborales; o, a su vez, de personalidad, individuales o de pareja (Rivera & Bernal, 2008).

Las estrategias que se implementan para evaluar la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico varían según la necesidad; entre algunas, se nombra la observación clínica, la aplicación de reactivos psicológicos, la entrevista psicológica, la medición de la intensidad de los síntomas.

En relación con la observación psicológica, evidentemente el paciente se muestra diferente, su comunicación no verbal surge a la luz, con una postura altiva, erguida; su rostro refleja tranquilidad, alivio y su imagen personal es adecuada.

A lo largo de la sesión psicológica, el diálogo puede caracterizarse por ser fluido, en un ambiente de confianza. A través de la entrevista psicológica y del diálogo socrático, se indaga en el paciente la intensidad de los síntomas, de aquellos que se presentaron al inicio. Es posible realizar una escala para medir con mayor cercanía cómo se presentan, en la actualidad, los síntomas; por ejemplo, si el paciente al inicio asignaba a la tristeza un valor de 5 sobre 5, y al finalizar el tratamiento le asigna 2 sobre 5, en efecto, la intensidad del síntoma ha disminuido. De la misma manera, en cuanto a la frecuencia y tiempo de aparición del síntoma; por ejemplo, si al inicio la tristeza se presentaba desde hace 6 meses atrás, durante 5 días a

la semana, en especial por las noches, y al finalizar el tratamiento o bien desaparece el síntoma o, a su vez, disminuye la frecuencia, se considera un avance.

Asimismo, se puede aplicar el mismo test psicológico utilizado al inicio del tratamiento, considerado un re-test, y se comparan los resultados.

Queda a criterio del psicoterapeuta el concluir el tratamiento si se valora en el paciente las condiciones expuestas en líneas anteriores y, por consiguiente, separar en el tiempo las sesiones psicológicas.

### 4. Cierre de la psicoterapia

#### *Cierre simbólico o cierre terapéutico*

El cierre puede ser considerado como el momento en el cual el paciente está preparado para independizarse y retomar el control de su vida. Es un encuentro entre el paciente y el terapeuta para debatir sobre los avances y logros obtenidos.

Es imprescindible realizar un cierre al finalizar cada sesión psicológica dado que, en algunas ocasiones, el paciente decide no regresar a la consulta; se pueden presentar problemas económicos, de salud, mudanza, etc.; por ese motivo, el paciente no debe quedar desprotegido. No es lo mismo finalizar que cerrar.

Así también, una vez cumplidas las metas y aclaradas las hipótesis terapéuticas, es preciso efectuar un cierre simbólico al finalizar el tratamiento psicoterapéutico, el cual es parte del cierre, tal como se ilustra en la Figura 17.

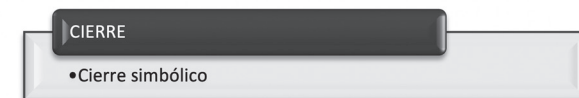


Figura 17. Cierre de la psicoterapia

Fuente: Elaboración propia

El cierre simbólico se convierte en una conclusión a la que llega el terapeuta con el paciente, para disminuir la intensidad de las emociones surgidas a lo largo de la sesión psicológica. En el cierre simbólico, se mezclan sentimientos de alivio y añoranza.

El cierre debe ir acorde con el tema tratado en cada sesión psicológica, para verdaderamente concluir lo tratado en ese tiempo y volver a la vida cotidiana.

### *¿Qué significa simbólico?*

Al decir simbólico se alude a una actividad fuera de lo común, que represente algo más allá de lo evidente, a través de símbolos. Algunos ejemplos:

- En un tratamiento de depresión. Encender una vela que representa luz, energía, esperanza y, luego, concluir con el paciente que esa luz, esa energía siempre esté encendida en su vida.
- En una terapia de pareja en la que se trabaja infidelidad. Cada uno escribe una palabra que represente todo lo que quiere olvidar, romper la hoja y botar en un basurero.
- En una terapia de duelo. Escribir una frase que quisiera entregarle al ser querido que falleció y dejar en el cementerio o en un lugar representativo.
- En una terapia para tratar violencia intrafamiliar. Completar la frase: "Hoy aprendí que en mi vida necesito....". Y el paciente dirá en voz alta la frase completa.

## **5. Seguimiento de la psicoterapia**

Una vez que el terapeuta decide realizar un cierre adecuado de un proceso psicoterapéutico, otorgará al paciente la seguridad y la confianza de volver a la consulta en el momento que así lo requiera.

Al inicio, el terapeuta distancia las sesiones psicológicas; por ejemplo, si se convocaba al paciente una vez en la semana, en la pre-

sente etapa, se puede convocar al paciente una vez cada quince días, y así sucesivamente hasta que el paciente esté totalmente adaptado a su cotidianidad.

## **Discusión y conclusiones**

Lo expuesto a lo largo de este trabajo permite concluir que las prácticas terapéuticas vienen desde la época primitiva, evidenciando la diferencia entre un individuo "normal" y un individuo "poseído" o "enfermo mental", que despertaban el interés por su curación mediante métodos coherentes a la época vivida; por ejemplo, traspasar el espíritu poseído a un animal o pasar un imán por el cuerpo para absorber la energía negativa o, a su vez, utilizar bebidas mágicas.

Esto explica cómo, en la actualidad, existen personas que, desde el empirismo o la cultura, aplican lo mencionado anteriormente y otras prácticas más. A mi parecer, es incomprensible que algunos profesionales de la salud mental como psicólogos mezclen o se inclinen por emplear técnicas que no son científicas.

Conviene subrayar que la psicoterapia es un encuentro con el paciente, un momento cálido en el cual el profesional se compromete con el tratamiento en el instante mismo de conocer sobre la existencia de su paciente, y comienza a construir la empatía, considerada como la habilidad para entender al otro y más allá de eso: sentir las emociones de su paciente como si él mismo las estuviera viviendo.

La empatía es una de las cualidades que el psicólogo está obligado a desarrollar, acompañada de otras habilidades descritas, como la capacidad de observación, de escucha, de comunicación, entre otras, que demuestran el éxito en la construcción de una relación psicoterapéutica y, por consiguiente, un resultado exitoso.

Una explicación clara y precisa de las técnicas psicoterapéuticas será tema principal de un próximo texto.

En cuanto a la evaluación terapéutica, es importante considerar el avance y los logros obtenidos con el paciente, y tomar una

decisión correcta al momento de distanciar las citas o concluir el tratamiento.

Por último, el cierre es el último paso que se torna obligatorio, según el estilo tanto del paciente como del terapeuta.

## Referencias

- Alarcón Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 113-126.
- Araújo, Shinohara citado en Peuker, A., Habigzang, L., & Koller, E. (2009). Evaluación del proceso y resultados en psicoterapia: una revisión. *Psicología en estudio*, vol. 3.
- Beck, L. (2004). ¿Cómo hacer Psicoterapia exitosa? Bogotá, Colombia: Psicom Editores.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la Psicoterapia. *Revista Psiquiátrica Uruguaya*, 99-146.
- Corbella, S., & Botella, L. (2014). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. España: Visión Libros.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández, H., Saúl, L., & García, F. (2009). Estilo personal del Terapeuta y Teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol XVIII*, 125-133.
- Emmelka, L. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S. A.
- Flores, C., & López, R. (2014). Psicología de hoy. *cienciameria, Vol (2)*, 15, 28.
- García, M. (2007). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión SAIC.
- Leahey, T. (2009). *Historia de la Psicología, principales corrientes del pensamiento psicológico, Sexta edición*. Madrid, España: Pearson, Prenticehall.
- Machado, R., Féres-Aries, T., & Magalhaes, A. (2008). La demanda clínica en psicoterapia familiar: la evaluación del arte familiar como instrumento facilitador. *Paidéia (Ribeirão Preto)*(18), 45.
- Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 53-69.

- Mateu, C., Campillo, C., Remedios, G., & Olatz, G. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*, 1-18.
- Oblitas, L. (2004). ¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Bogotá, Colombia: PSICOM Editores.
- Rivera, C., & Bernal, G. (2008). La medición en el cambio psicoterapéutico: Hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 19*.
- Safrán, J., & Muran, J. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87.
- Strupp (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhuesa, J. (1989). Factores inespecíficos de la Psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica (11)*, 34-40.

## Glosario de términos

**Ataraxia:** estado de ánimo que se caracteriza por la tranquilidad y la total ausencia de deseos o temores.

**Cierre terapéutico:** concluir una sesión o un tratamiento psicológico o ponerle fin, con el propósito de no dejarle al paciente desprotegido ante las emociones surgidas en la terapia.

**Confidencialidad:** mantener la confianza y reserva de todo lo dicho y hecho en la sesión psicológica.

**Diagnóstico psicológico:** determinar una enfermedad mental de acuerdo con los síntomas presentados por el paciente.

**Empatía:** es la capacidad para comprender al otro.

**Empírico:** que se basa en la experiencia y observación de los hechos.

**Encuadre:** momento de la Psicoterapia en el cual se informa y acuerda con el paciente sobre el procedimiento a seguir, como, por ejemplo, el horario, tiempo, costo, entre otros.

**Enfoque psicológico:** se trata de una perspectiva que se centra en una teoría desarrollada por la psicología desde una misma visión.

**Frenología:** teoría médica del siglo XIX según la cual cada instinto o facultad mental radica en una zona precisa del cerebro, que se corresponde con un determinado relieve del cráneo.

**Insight:** implica percepción, entendimiento y conocimiento propio; lleva a una conclusión o un resultado reflexivo.

**Método científico:** es la observación, medición, explicación de fenómenos. Establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos.

**Psicoterapia:** tratamiento que se da a algunas enfermedades, en especial nerviosas y mentales, y que consiste en la aplicación de determinados procedimientos psíquicos o psicológicos.

**Rapport:** momento que se realiza al inicio de la psicoterapia, con el fin de crear un ambiente de confianza y cordialidad.

**Ritual:** conjunto de ritos de una religión, de una iglesia o de una función sagrada.

**Sesión psicológica:** espacio de tiempo que se utiliza para realizar una intervención psicológica con el paciente.

**Trepanación craneana:** agujerear el cráneo con fines curativos o diagnósticos.



## Capítulo II

# Fundamentos de Psicología Organizacional

Fundamentals of organizational psychology

**Msc. Paulina Guerra Guerra**





### **Msc. Paulina Guerra Guerra**

Psicóloga organizacional con maestría en Seguridad Salud y Ambiente, ha incursionado en campos principalmente relacionados con el área de desarrollo organizacional, desde los diferentes aspectos motivacionales que involucran al ser humano y su relación con el rendimiento laboral, a través de diferentes áreas que han consolidado su formación académica en empresas nacionales y multinacionales. Actualmente, trabaja como docente en la Universidad Tecnológica Indoamérica.

### **Dedicatoria**

A Dios por ser la guía de mi camino día tras días.  
A mi esposo, mi compañero, mi complemento, mi amigo.  
A mis dos hermosas princesas, mi único y mejor sueño hecho  
realidad, las niñas que iluminan y hacen posible  
cada meta que tengo que alcanzar.  
A mis padres por estar siempre a mi lado, a mis hermanos,  
sobrinas, tía, abuelita, cuñada gracias por ser más  
que mi familia: mis amigos.  
A ti, mi pequeña Nina, tú que aunque no hables sé que me  
entiendes y acompañas, eres el ser más fiel que he conocido.

## Resumen

Desde hace mucho tiempo, se ha trabajado en una concepción más centrada en la motivación del ser humano, como factor determinante e influyente en el rendimiento laboral. La organización, desde sus inicios, ha estado marcada en términos muchas veces matemáticos y medibles; es así que cada cosa que hace el ser humano desde que está en las etapas iniciales se premia o se castiga. Recuerdo con claridad cómo, hace quizá más de una década, al niño se lo reforzaba negativamente para cambiar su comportamiento; sin embargo, hoy en día el castigo ha quedado casi eliminado y mal visto por una sociedad cada día más permisiva. De la misma forma, las multas, el maltrato, las jornadas extensivas cada día son menos comunes en las organizaciones que, tras años de análisis, hoy deciden impulsar a sus empleados desde su parte positiva o, más conocida, como motivación. La motivación es parte de nosotros y hemos ido creciendo con ella. Nos ha impulsado cada día a hacer mejor las actividades propuestas; o, al contrario, la falta de ella nos ha estancado al punto de quedarnos en un puesto de trabajo por años o hasta jubilarnos en el mismo cargo. Las empresas, en la actualidad, desisten cada día más de la idea tayloriana de un ser humano mecanizado, en donde el principal énfasis está en la productividad. Hoy se valora aún más al trabajador comprometido con la organización, quien no solo busca su propio bienestar, sino generar un bienestar común y que esto, por consiguiente, conduzca a elevar la productividad del trabajador. Lo antes descrito no sería posible sin recurrir a las principales herramientas que tiene la organización para aumentar su rendimiento. Por lo tanto, en este apartado se descubrirán los fundamentos que conducen a las personas a llevar una organización como un espacio adecuado para sus colaboradores. Para ello,

empezaremos desde las bases que sustentan a la psicología organizacional y que posibilitan tener el mejor lugar para trabajar y, por lo tanto, altamente productivos.

**Palabras Clave:** refuerzo negativo, motivación, bienestar, productividad

## Abstract

For a long time, we have worked on a more focused conception of the motivation of the human being as a determining and influential factor in work performance. The organization since its inception has been marked in terms often mathematical and measurable is that everything that makes the human being from that is in the initial stages is rewarded or punished. I remember clearly how it was perhaps more than a decade ago that the child was reinforced negatively to change their behavior, however today the punishment has been almost eliminated and frowned upon by a society increasingly permissive, in the same way the fines, the mistreatment, the extensive days every day are less common in organizations that after years of analysis today decide to boost their employees from their positive side or better known as motivation. The motivation is part of us and we have been growing with it, it has driven us every day to make better the proposed activities or even the lack of it has stalled us to the point of staying in a job for years or even until retiring in the same position. The companies of today eradicate every day more the tayloric idea of a mechanized human being where what matters more is the productivity, today is valued even more to the worker committed to the organization who not only seeks his own welfare but seeks to generate a well-being common and that this consequently leads to raise the productivity of the worker. The above described was not possible without highlighting the main tools that the organization has to increase its performance, therefore in this book you will discover the fundamentals that lead people to take an organization as an adequate space for their collaborators, for which we will begin

from the bases that support organizational psychology and that allow us to have the best place to work, and therefore highly productive.

**Keywords:** negative reinforcement, motivation, well-being, productivity.

## Introducción

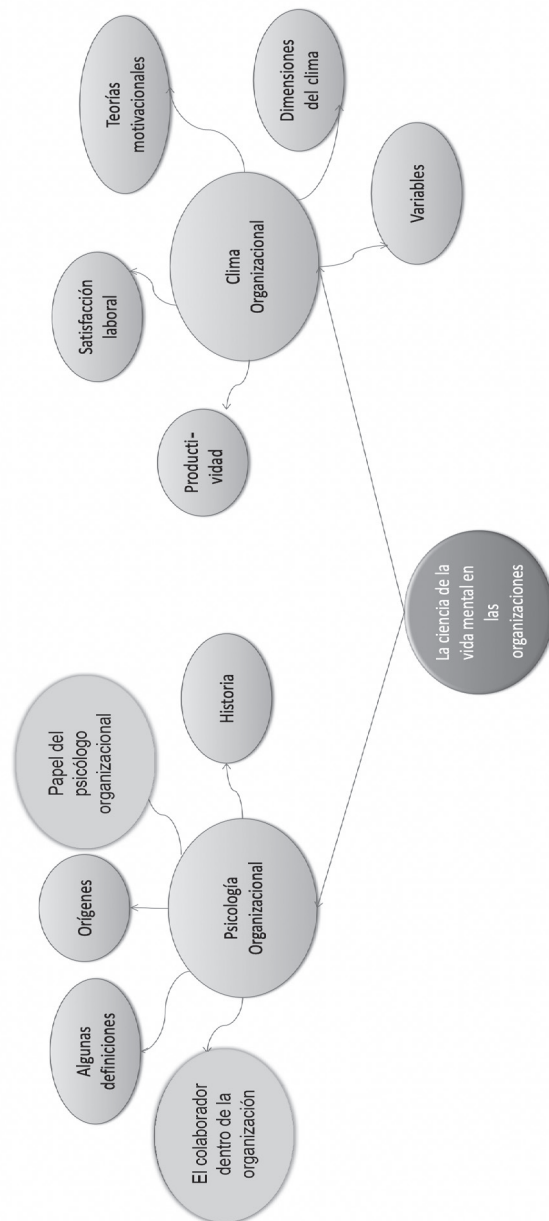
La organización implica establecer ciertos parámetros que permiten el adecuado funcionamiento del ser humano en las organizaciones. La organización, en sí, se ha convertido en el espacio en el cual permanecemos la mayor parte de nuestra vida o, como algunos lo denominan, el “segundo hogar”.

Las organizaciones y las personas son estructuras dinámicas y capaces de evolucionar; pero, para que ello ocurra, hace falta que la organización disponga de herramientas que le permitan generar una gestión para sus colaboradores.

El objetivo de este capítulo es esclarecer los aspectos que influyen en la adecuada relación empresa-trabajador. Así como cada persona tiene sus propias características, cada organización tiene sus propios conceptos que la diferencian de otras. Consecuentemente, es necesario enfocarse en las bases que fundamentan una organización exitosa o, por el contrario, una organización en declive.

El presente trabajo busca proporcionar información actualizada, relacionada con el ámbito organizacional, la psicología organizacional y sus principios, en vista de que la falta de esa información puede conllevar al poco desarrollo de los individuos dentro de la empresa. Es importante aclarar que el desarrollo al que nos referimos tiene que ver con la calidad de relación, y no con la capacidad del empleado para alcanzar técnicamente los objetivos esperados por la organización.

Por último, y complementario con lo anterior, se pretende abrir el campo para futuras investigaciones, tendientes a identificar las mejores prácticas a nivel organizacional, para asegurar la incorporación no solo de un trabajador idóneo que cumpla con el perfil del cargo, sino un trabajador que, más allá de cumplir con esas metas, demuestre valores que permitan enriquecer a la organización, en términos de cultura, bienestar y productividad.



## Algo de historia

Antes de seguir con el tema, es indispensable hacer un recorrido por la historia de la Psicología organizacional.

Es importante recordar cómo incursionó la disciplina psicológica en el ámbito empresarial. Esta área se origina en la psicología experimental. Los psicólogos Hugo Münsterberg y Walter Dill Scout son considerados como sus fundadores. Los libros *Vocación y aprendizaje* (1912) y *Psicología y eficiencia industrial* (1913), de H. Münsterberg son los primeros textos en este campo, y tratan temas como “métodos de selección de personal, métodos de incremento de la eficiencia en el trabajo y técnicas de mercado y publicidad” (Hergenhahn, 2001).

Los trabajos de Münsterberg en temas relacionados con la selección de personal para mejorar el rendimiento laboral impulsaron, en gran medida, a la Psicología organizacional; pero no fue sino hasta 1917, durante la Primera Guerra Mundial, cuando, por medio de las pruebas Army Alpha y Army Beta (ver Figura 1), se reconoce realmente la necesidad de utilizar pruebas de capacidad mental. De esta forma, surgen firmas consultoras, como la de Catell, que exploraban estas áreas. Sus hallazgos, junto con los estudios realizados en Hawthorne, en 1924, demostraron la influencia de los aspectos sociales en el comportamiento y desempeño de los trabajadores. Fue por medio de este tipo de estudios que se fortaleció la investigación de la Psicología organizacional (Forero & Perilla, 2019).

En 1944, durante la Segunda Guerra Mundial, la Psicología organizacional ingresa a APA (Asociación Americana de Psicología), se reconoce el carácter científico de esta área y se abre la división 14 de Industrial and Business Psychology (Psicológica Industrial y de Negocios), que cambió su nombre, en 1970, a Division of Industrial and Organizational Psychology (Psicología Industrial y Organizacional).

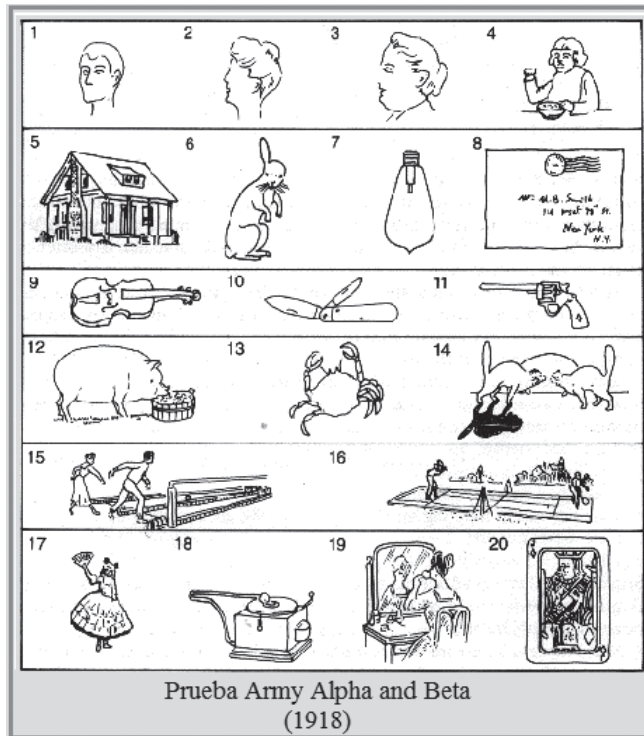


Figura 1. Pruebas Army, Alpha y Beta, aplicadas a más de dos millones de militares en 1918, que impulsó el proceso de selección de personal.

Fuente: Gonzáles, 2007

## Algunas definiciones de la psicología organizacional

La psicología se ha definido de varias maneras. La más clara es la utilizada por Miller (1966), que la concibe como la ciencia de la vida mental.

La vida mental se refiere a tres fenómenos: comportamientos, pensamientos y emociones, que clasifican a la psicología en dos áreas importantes, como se visualiza en la Tabla 1: Disciplinas de la Psicología Organizacional.

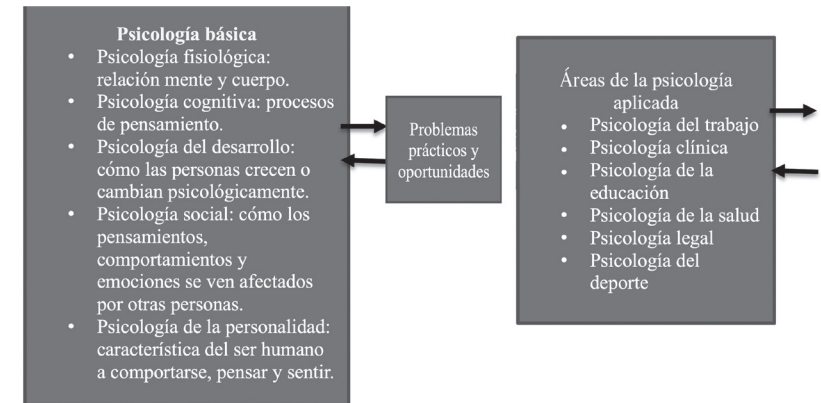


Tabla 1.- Disciplinas de la Psicología Organizacional

Fuente: Elaboración propia

## ¿Qué es una organización?

La organización tiene una serie de definiciones prácticas que permiten un mejor entendimiento de acuerdo con su contexto.

1. La organización como máquina. Implica la idea de visualizar a la organización como diseñada para que los humanos se adapten a sus necesidades. Cuando los directivos piensan en las organizaciones como máquinas, tienden a gestionarlas y diseñarlas como elementos de relojería, donde cada parte tiene definido su papel dentro de la función del conjunto. Este estilo de pensamiento, administrativo o psicológico, sostiene el desarrollo de la organización burocrática (Morgan, 1998).
2. La organización como organismo. Se refiere a comprender cómo la organización nace, crece, se desarrolla, declina y muere. Además, supone examinar cómo las organizaciones se adaptan a los entornos variables y cambiantes (Morgan, 1998).

3. La organización como un cerebro. Considera que la organización es capaz de resolver problemas, de ser autocrítica e innovadora. Al igual que el cerebro, puede aprender y autoorganizarse para tratar con las contingencias que ha de resolver. Desde esta metáfora, se sugiere que si deseamos construir la organización “inteligente” como un cerebro, debemos diseñar modelos de alta conectividad entre las partes con sistemas que sean cada vez más especializados y que sean capaces de reorganizar sus estructuras internas.
4. La organización como culturas. Implica ver a la organización como el conjunto de ideas, valores, normas, rituales y creencias que la sostienen como realidad social. La forma de dirección y el diseño de las organizaciones se enfocan en los significados compartidos (valores y creencias) que guían la vida organizacional.
5. La organización como un sistema político. Intenta comprender los conflictos de intereses que configuran las actividades organizacionales, fundamentalmente la distribución de poder en las organizaciones. En esta perspectiva se argumenta que toda actividad administrativa es, en esencia, política en el sentido que implica la defensa de una serie de intereses a expensas de otros; es decir, las organizaciones como sistemas de gobierno.
6. La organización como una prisión psicológica. Visualizar o imaginar a la organización como “prisión” donde las personas están atrapadas por sus propios pensamientos, ideas y creencias, o por preocupaciones originadas en la parte inconsciente de la mente. Esta manera de concebir las organizaciones trata de explicar los aspectos ideológicos y psicodinámicos de la vida en la organización.
7. La organización como flujo de cambio y transformación. Implica la comprensión de la lógica del cambio que configura y conforma la vida social, de tal forma que la organización es un sistema generativo que se desarrolla, crece y se regenera.

8. La organización como instrumento de dominación. Centrar la atención en ver cómo las organizaciones “utilizan” y “explotan” a sus empleados para conseguir sus propios fines. Es decir, cómo ciertas personas o grupos imponen su voluntad sobre otras.

### Cómo se origina la psicología organizacional

El auge de la psicología organizacional, en estos últimos años, le ha permitido no solo centrarse en temas como la **selección de personal**, sino en estudiar y aplicar los principios científicos en el trabajo. De esta forma, evalúa la actitud, los **procesos mentales** y el **comportamiento aplicado** a la interacción humana en las actividades productivas (Velásquez, 2012).

La psicología organizacional, definida por (Velásquez, 2012), es el estudio de los procesos mentales que ofrece diferentes oportunidades de aplicación profesional, en lo que respecta al conocimiento de sí mismo, de los demás y de las interacciones que se comparten en el entorno laboral y social.

Asimismo, al hablar de la psicología en las organizaciones, es necesario establecer su vínculo con el entorno psicosocial del ser humano; en consecuencia, es importante el desarrollo del individuo y su calidad de vida dentro del mundo laboral.

Teniendo en cuenta lo anterior, la psicología organizacional se define como el estudio de la actitud, los procesos mentales, el comportamiento, aplicados a la interacción humana en las actividades productivas. Desde esta perspectiva, se desarrollan técnicas para adaptar las personas al trabajo, formar al personal, analizar el desarrollo de la organización, examinar los elementos relacionados con una dirección efectiva, evaluar la comunicación organizacional y la motivación del personal, según nos indica Velásquez (2012).

## Qué realiza un psicólogo organizacional

Hoy en día, las compañías requieren personas calificadas, basadas en perfiles o modelos de gestión de competencias, que garanticen productividad y competitividad en el entorno empresarial. Dentro de sus funciones, un psicólogo organizacional realiza pruebas, tales como:

Exámenes psicométricos. Estas pruebas se utilizan como herramientas de medición de variables psicológicas, con fines de selección y aprovechamiento del potencial humano.

Existen diferentes tipos de instrumentos para evaluar la inteligencia, las aptitudes, la personalidad, el rendimiento y la creatividad (Castañeda y Martínez, 2006).

Entrevistas personales por competencias, que buscan identificar comportamientos en el historial laboral del sujeto, con el propósito de predecir su desempeño para un cargo específico (Castañeda y Martínez, 2006).

El Assessment Center es una técnica que emplea pruebas situacionales para evaluar las habilidades y competencias. Es una prueba conductual donde se enfrenta a los candidatos a resolver situaciones conflictivas que pueden suceder en el puesto de trabajo; además, se efectúa una visita domiciliaria para conocer las relaciones entre los habitantes, sus costumbres, sus creencias, comportamientos, y detectar factores de riesgo importantes en el entorno del nuevo empleado (Castañeda y Martínez, 2006).

Por otra parte, al indagar sobre el comportamiento del individuo en las organizaciones, es importante mencionar el papel que cumple el psicólogo organizacional en el manejo de situaciones que podrían afectar su estabilidad laboral, como son el clima organizacional, la selección, la capacitación, entre otras.

## El colaborador dentro de la organización

Los individuos, directa o indirectamente, se relacionan o pertenecen a algún tipo de organización. Desde su nacimiento, el individuo es

aprendido por distintos tipos de organización (familia, escuela, empresa, ejército, asociación de amigos, etc.), y por las normas instituidas por la propia sociedad. El individuo, a través de sus actos y su trabajo, busca encontrar un lugar en el que los otros lo reconozcan, como argumentan Beckman y Pomim (2010).

El colaborador no es ajeno al entorno que le rodea. Está en contante relación con la cultura empresarial, sus valores y principios. Es el eje motivador que permite construir un clima organizacional dentro de la institución.

De acuerdo con Palazolli (2000, p. 1), entre el individuo y la organización se establece una relación mediada por el comportamiento organizacional y la información de ese ambiente; por lo tanto, hay una relación de cambio.

[...] el trabajador crea vínculos afectivos positivos con el trabajo (satisfacción y compromiso) y desarrolla concomitantemente, afectos positivos hacia la organización (compromiso afectivo), notable cuando el empleado percibe que la organización se preocupa por su bienestar (percepción de soporte), retribuye sus contribuciones (percepción de reciprocidad) y, además consigue evaluar sus pérdidas en caso de que haya ruptura de las relaciones de trabajo (comprometimiento calculado).

## Clima organizacional en las organizaciones

El clima organizacional nació a partir de la investigación de los fenómenos que se presentan en una organización, después de la Segunda Guerra Mundial. A partir de entonces, la psicología contribuyó de manera significativa al área laboral. Como resultado, se generaron más teorías sobre el trabajo y la psicología, la psicología del trabajo relacionada con los grupos. Uno de los pioneros en clima organización es Kurt Lewing, por acuñar el término “atmósfera psicológica” (Alcover, 2012). Con esto se refiere a “una realidad empírica, mensurable y modificable, donde la organización sería vista no solo

desde un enfoque humanista sino sistémico”. Además, Lewin junto con Lippit y White, en 1939, realizaron un experimento para estudiar el efecto de determinados estilos de liderazgos (democrático, *laissez-faire* [dejar hacer] y autoritario), en el clima de una organización. Con ello, demostraron que los diferentes tipos de liderazgos favorecen diferentes atmósferas sociales. (Figura 2)



Imagen. 2 Clima organizacional

Fuente: Pixabay, 2017

<http://bit.ly/2Le5vJ2>

En la práctica, el concepto de clima organizacional aún no ha sido definido de forma precisa desde su introducción, por primera vez, en 1960. Según García (2012), las primeras investigaciones de clima organizacional se desarrollan en la década de 1930, lo cual desemboca en múltiples definiciones, una por cada autor; sin embargo,

todos concuerdan con la idea principal, que se toma para efectos de esta investigación: “El clima organizacional son las cualidades o propiedades del ambiente laboral que son percibidas o experimentadas por los miembros de la organización y que además tienen influencia directa en los comportamientos de los empleados” (Chiavenato, 2009, p. 47).

Gracias al enfoque de cada autor, logramos saber que el término clima se expresa a modo de metáfora y alude a diversos estados del ambiente de determinado lugar (Schneider, 1975). También podemos entender que existen dos tipos de clima, dentro del contexto laboral: el primero es el psicológico y se estudia a nivel individual; y, el segundo, a nivel organizacional (Vega et al., 2007). Por otro lado, podemos comprender que dentro de una organización existan diversos tipos de clima, gracias a variadas percepciones según el cargo o área en la que cada individuo se encuentra (Vega, Partido, & Rivera, 2007).

Uno de los conceptos nuevos desarrollado por Baguer (2011) sugiere que el conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influye en el comportamiento de las personas que la conforman. Es decir, la calidad del ambiente en el que se desarrolla la persona es un indicador de las características propias de una empresa.

“El liderazgo constituye una de las variables explicativas del clima laboral en la teoría de Likert y el fin que busca la teoría de los sistemas es presentar un marco de referencia que permita examinar la naturaleza del clima” (Brunet L, 1999).

## VARIABLES DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

“El concepto de clima como percepción o reacción de las personas va a estar determinado por la percepción que tengan de la organización y sus componentes”. Este clima equivale, de alguna manera, la suma de equipos de trabajo que permitan tener un clima adecuado (No-boa, 2017) (Figura 3).



Imagen 3. Variables del Clima

Fuente: Pixabay, 2017

Este modelo incluye diferentes tipos de variables que van a influir en la percepción individual del clima:

- Variables explicativas o estructurales
- Variables intermedias
- Variables finales o dependientes

**Variables explicativas o estructurales:** “Se encuentran la estructura de la organización y su administración, reglas, decisiones, competencia y actitudes. Si las mismas se modifican, hacen que se modifiquen las demás variables”. Es la estructura de la organización como administración y como sus reglas y decisiones. Si estas cambian se genera un cambio las demás variables (Noboa, 2017).

Al plantear el concepto de variables explicativas, señala que la estructura de una organización, esto es, la misión, la visión y los

valores que la componen desde sus inicios se vinculan con el clima laboral; por tanto, es importante vincular estos conceptos al entorno organizacional.

**Variables intermedias:** “Reflejan el estado interno y la salud de una empresa y constituyen los procesos organizacionales de una empresa” (Noboa, 2017). Podemos denotar la motivación, la actitud, los objetivos, la eficiencia de la comunicación y la toma de decisiones. Entre estas, está el clima de la organización.

**Variables finales:** son variables dependientes. Son el resultado del efecto de las variables independientes e intermedias; por tanto, es el resultado obtenido por la organización. Entre estas variables, se incluye: la productividad, los gastos de la empresa, las ganancias, las pérdidas y la calidad de vida en el trabajo del personal (Noboa, 2017).

Para determinar las variables estructurales y variables intermedias, se plantea un modelo de clima organizacional que mantenga el modelo ideológico de la estructura de una organización y un modelo comportamental de los servidores que la conforman, con el propósito de obtener estructura enfocada en otorgar un servicio.

La combinación de las variables explicativas y las intermedias determinan dos grandes tipos de clima organizacional: autoritario y participativo.

1. Clima de tipo autoritario: en este clima se puede encontrar el autoritarismo explotador y el paternalista.
2. Clima de tipo participativo: este clima es consultivo o de participación en grupo.

## Dimensiones del clima laboral

Litwin y Stringer (1978) publican nueve dimensiones de clima laboral enfocadas en el modo en el que un empleado asimila su forma de ver la organización, la mirada de un colaborador hacia la organización (Figura 4).



Imagen 4. Dimensiones del clima

Fuente: Pixabay, 2018

<http://bit.ly/2UdmSxO>

#### ♦ Estructura

Según indica Galicia (2010): “Representa la percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo”; la organización y estructura que ubica el sistema burocrático dentro de la organización.

#### ♦ Responsabilidad

Para Galicia (2010), “es el sentimiento de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo. Es la medida en que la supervisión que reciben es de tipo general y no estrecha”. La responsabilidad proviene, en muchos de los casos, de cada individuo, sin tener la necesidad de que exista un supervisor encima de ellos.

#### ♦ Recompensa

Según el desempeño, la labor y la actitud dentro de la empresa, se recompensará. Es la medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo (Galicia, 2010).

#### ♦ Desafío

“Corresponde al sentimiento que tienen los miembros de la organización acerca de los desafíos que impone el trabajo. Es la medida en que la organización promueve la aceptación de riesgos calculados a fin de lograr los objetivos propuestos”. Es un reto personal dentro de la organización que tiene en cuenta todos los factores a los que hay que considerar para llegar a cumplir ese desafío (Galicia, 2010).

#### ♦ Relaciones

“Es la percepción por parte de los miembros de la empresa acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales tanto entre pares como entre jefes y subordinados”; se refiere a la relación existente entre compañeros de la misma área y de diferentes áreas que mejora un estado de convivencia (Galicia, 2010).

#### ♦ Cooperación

Es la necesidad de los trabajadores de la empresa de mejorarla y buscar ayuda de los directivos para, mutuamente, apoyarse y cumplir metas (Galicia, 2010).

#### ♦ Estándares

Una de las maneras de acoger de los miembros acerca del énfasis que pone las organizaciones sobre las normas de rendimiento (Thomson, 1984).

### • Conflictos

“Es el sentimiento del grado en que los miembros de la organización, tanto pares como superiores, aceptan las opiniones discrepantes y no temen enfrentar y solucionar los problemas tan pronto surjan”. Es el enfrentamiento por diferencia o mal comprensión entre los integrantes de una empresa (Thomson, 1984).

### • Identidad

“Es el sentimiento de pertenencia a la organización y que es un elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, es la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización”, el sentir que la organización le pertenece, es parte del individuo, lo que contribuye a la eficacia en todos los aspectos (Thomson, 1984).

### • Motivación laboral

La motivación también juega un papel muy importante en la medición del clima laboral. Un estímulo adecuado promueve una mayor satisfacción y productividad de los trabajadores. “Concepto de motivación en el nivel individual conduce al de clima organizacional en el nivel institucional donde los seres humanos están obligados a adaptarse a una gran variedad de situaciones para satisfacer sus necesidades y mantener un equilibrio emocional”. Los seres humanos requieren estar motivados en el clima organizacional para adaptarse a una gran variedad de cambios sin perder el equilibrio emocional (Chiavenato, 2009).

Sentirse adaptado dentro de un grupo desarrolla autoestima, genera cambios en el comportamiento y genera estímulos de auto superación. Si existe motivación se podrán desarrollar nuevas habilidades y comportamientos de la persona.

## Teorías motivacionales

Las teorías motivacionales surgen a partir de las ideas del ser humano de buscar estrategias que posibiliten el bienestar del trabajador desde diferentes entornos laborales. (Figura 5)



Imagen 5. Teorías motivacionales

Fuente: Pixabay, 2018

<http://bit.ly/30JZPNt>

### Teoría X

- El ser humano ordinario siente poco deseo hacia el trabajo y lo evitará siempre que pueda.
- Debido a esta tendencia humana a rehuir del trabajo, la mayor parte de las personas deben ser obligadas a trabajar por la fuerza, controladas, dirigidas y amenazadas con castigos, para que desarrollen el esfuerzo adecuado, con el fin de cumplir con los objetivos de la organización.
- El ser humano común prefiere que lo dirijan, quiere soslayar responsabilidades, tiene relativamente poca ambición y desea, más que nada, su seguridad.

## Teoría Y

El esfuerzo natural, mental y físico requerido por el trabajo es similar al requerido por el juego y la diversión. Las personas necesitan motivaciones superiores y un ambiente adecuado que les estimule y les permita lograr sus metas y objetivos personales, bajo condiciones adecuadas; de esa manera, las personas no solo aceptan la responsabilidad sino que tratan de obtenerla.

Como resultado del modelo de la Teoría Y, se ha concluido que si una organización provee el ambiente y las condiciones adecuadas para el desarrollo personal y el logro de metas y objetivos personales, las personas se comprometerán, a su vez, con las metas y objetivos de la organización, y se conseguirá la llamada integración.

Por su parte, Herzberg (citado por Chiavenato, 1989) expone que la teoría de los dos factores se desarrolla a partir del sistema de Maslow. Herzberg clasificó dos categorías de necesidades, según los objetivos humanos superiores e inferiores: los factores de higiene y los motivadores. Los factores de higiene son los elementos ambientales en una situación de trabajo que requieren atención constante, para prevenir la insatisfacción; incluyen el salario y otras recompensas, condiciones de trabajo adecuadas, seguridad y estilo de supervisión.

La motivación y las satisfacciones solo pueden surgir de fuentes internas y de las oportunidades que proporcione el trabajo para la realización personal. De acuerdo con esta teoría, un trabajador que considera su trabajo como carente de sentido puede reaccionar con apatía, aunque se tenga cuidado con los factores ambientales. Por lo tanto, los administradores tienen la responsabilidad especial de crear un clima motivador y hacer todo el esfuerzo a fin de enriquecer el trabajo.

Con base en la premisa de que el hombre es un ser con deseos, cuya conducta está dirigida a la consecución de objetivos, la teoría de Maslow, citada por Chiavenato (1989), postula un catálogo de necesidades a diferentes niveles, que se fundamentan en dos conceptos: las necesidades superiores no se vuelven operativas hasta que se satisfacen las inferiores; y una necesidad que ha sido cubierta deja de ser una fuerza motivadora.

## Satisfacción laboral

En referencia al clima organizacional existen diferentes perspectivas de su concepto manifestado por diversos autores; uno de los precursores de los estudios de satisfacción es Locke quien, en 1976, define a la variable como “un estado emocional positivo o placentero resultante de una percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto” (Chiang et al., 2007, p. 64; Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1998).

Los estudios de Bravo, Peiró y Rodríguez (Manosalvas Vaca, Manosalvas Vaca, & Nieves Quintero, 2015) ayudan a definir la satisfacción laboral como:

Un conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo, actitudes que pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia facetas específicas del mismo; entonces, la satisfacción laboral se constituye en un concepto globalizador con el que se hace referencia a las actitudes de las personas hacia diversos aspectos de su trabajo (p. 7).

La satisfacción laboral se ha convertido en un tema de gran atención para los investigadores en los últimos años, además de ser una de las principales prioridades corporativas de las empresas.

En el trabajo final de grado de Martín Ramos (2015), hace mención de dos tipos de satisfacción: la primera, enfocada sobre una respuesta o un estado emocional del trabajador hacia su trabajo; la segunda sobrepasa el esquema emocional para propiciar una actitud generalizada en los trabajadores (p. 10). De igual forma, los desencadenantes pueden ser diversos, lo cual influye en la satisfacción positiva/favorable o negativa/desfavorable. A partir de este argumento, podría considerarse la opción de obtener diversos tipos de satisfacción según el área de la organización estudiada.

Zayas, Báez y Marianela (2015), en su investigación, hablan de la controversia ocasionada por el punto de vista científico de esta variable. Al igual que el clima organizacional, la satisfacción laboral

se considera como una variable de múltiples tendencias, ya sea en relación con el trabajador o con la actividad laboral que se va a realizar (p. 36). Esto forma parte del argumento de la diversidad de satisfacción laboral en una organización.

Mientras tanto, Calderón, Naranjo y Álvarez (2010) hablan de las características de la valoración del personal, y relacionan a la alta insatisfacción con el modelo de evaluación, ya que este evalúa únicamente problemas y dificultades, y no se enfoca en la búsqueda de fortalezas y potencialidades (p. 16); otro argumento más para reconsiderar el uso del modelo de administración del personal tradicional en pleno siglo XXI. Desde esta perspectiva, la gestión humana se encuentra relacionada con otros procesos de la empresa y otros elementos de la gestión exitosa (p. 17).

Según Zayas, Báez y Marianela (2015), sea el enfoque de cada autor, únicamente el colaborador logrará un nivel de satisfacción laboral adecuado o alto cuando vean satisfechas sus necesidades.

El enfoque de los autores Herzberg, Mausner y Snyderman (Martin Ramos, 2015) logró crear la teoría bifactorial, donde se establece que, para la satisfacción, existen dos factores:

- Factores intrínsecos: acontecimientos intrínsecos propios del trabajo.
- Factores extrínsecos: acontecimientos extrínsecos, es decir, al contexto del trabajo.

Por su parte, Zayas, Báez y Marianela (2015) también hablan de la relación entre la motivación y la satisfacción laboral, y destacan la motivación como eje de la satisfacción; es decir, que una persona puede estar motivada con su trabajo, pero no satisfecha, y de manera inversa (p. 37). Básicamente, se debe entender a la motivación como el impulso para conseguir una meta u objetivo de su cargo; y la satisfacción laboral, como la experiencia o el informe emocional ante esos resultados.

## Clima y satisfacción

Al hablar de la relación entre el clima organizacional y la satisfacción laboral, se advierten diversos factores que apoyan el bienestar o el descuido de estas variables (Figura 6). Estos factores son la motivación y la satisfacción de la necesidad, y esto únicamente se logra formulando políticas, estrategias y acciones que les permitan actuar en función del mejoramiento estable de la organización (Zayas Agüero, Báez Santana, Josué, & Marianela, 2015). Una vez que se establezca un ambiente en donde todos los colaboradores puedan sentirse motivados, aumenta la eficacia en la consecución de metas, incrementan los niveles de satisfacción, se observan cambios hacia una actitud positiva, entre otras; es decir, empezará a aumentar la calidad de producción y el cumplimiento de procesos.

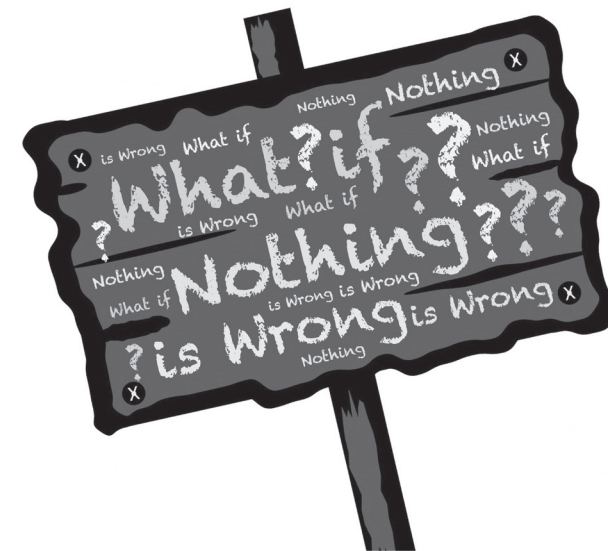


Imagen 6. Clima y satisfacción

Fuente: Pixabay, 2016

<http://bit.ly/2NFYzAC>

Los niveles de clima organizacional con base en la satisfacción de necesidades: “Es alto y favorable en aquellas situaciones que proporcionan satisfacción de las necesidades personales y elevan la moral. Es bajo y desfavorable en las situaciones que frustran esas necesidades” (Chiavenato, 2009).

Zayas, Báez y Marianela (2015) aseguran que la organización debe conocer las necesidades que experimentan sus trabajadores y crear las vías necesarias para su satisfacción. Eso constituye el núcleo principal de su motivación en el trabajo, y el interés parte del hecho de que la motivación es la fuerza que mueve a las personas a realizar una acción o actividad humana.

Tanto Zayas, Báez y Marianela (2015), como Chiang, Salazar y Núñez (2007), hablan de la importancia de la satisfacción laboral y sus repercusiones en el individuo. Así, el mejoramiento de la productividad, la calidad, la estabilidad y el rendimiento pueden ser mejorados si la empresa o sus directivos logran conocer las características generales y específicas de su ambiente de trabajo.

Las ventajas competitivas que, en la actualidad, se practican en el mundo laboral no están únicamente vinculadas con el adecuado manejo de la información, sino también con las condiciones de higiene, salud y seguridad que percibe el trabajador; estos son factores generadores de motivación y satisfacción. Gracias a este enfoque, el clima organizacional provee de herramientas que hacen mucho más fácil la percepción del ambiente laboral, con el único fin de mejorarlo y, de esta manera, otorgar bienestar, satisfacción y felicidad hacia sus colaboradores (Salazar et al., p. 72).

## Productividad

La productividad tiene que ver directamente con los recursos empleados, sean estos trabajadores o capital invertido, tiempos empleados y, por supuesto, costos. La suma de todos estos recursos tiene un fin: lograr que la empresa obtenga ganancias, reduciendo al máximo los recursos empleados para obtener mejores ingresos (Figura 7).



Imagen 7: Productividad

Fuente: Pixabay

<http://bit.ly/2Zy1YdJ>

Existen diferentes mecanismos para medir la productividad e incrementarla, pero la mejor manera de aumentarla es mantener un capital humano motivado, capacitado para todas las posibles situaciones que se presenten en el transcurso de las actividades laborales.

En general, la productividad se mide por el cociente formado por los resultados logrados y los recursos empleados. Los resultados logrados pueden medirse en unidades producidas, en piezas vendidas o en utilidades, y los recursos empleados vendrían a ser la maquinaria y las horas utilizadas, entre otros, que la empresa disponga (Gutiérrez, 2005, p. 25).

En cualquier empresa, son sumamente importantes sus niveles de producción. Si no los tiene establecidos, es probable que exista desperdicio en los tiempos empleados; eso se verá reflejado, al final, en sus niveles de ingresos y de egresos, y puede ocasionar la quiebra de una empresa.

Según López (2013), la productividad es la generación de riqueza en general. Esta debe estar validada por la ética y la moral, para que exista un beneficio mutuo entre compañía y sus trabajadores. De esa manera, se evita la sobreexplotación, el malgasto de los tiempos a la hora de producir, la pérdida de materiales de la industria, entre otros recursos. La productividad nos beneficia a todos como trabajadores, como empresa, como ciudad y, en general, al país. Gracias ello, sigue creciendo y aumentarán las industrias que se deriven, dependiendo del mercado al que esté dirigida.

Observamos que indirectamente todos nos beneficiamos de una buena calidad en nuestra productividad, ya que podemos seguir creciendo, gracias a ello, como nación y ser reconocidos internacionalmente por nuestra buena mano de obra. Como consecuencia de ello, es posible tener una economía más estable de la región, incrementar plazas de trabajo, mejorar la calidad de vida de todos nuestros colaboradores.

Para Gutiérrez (2005, p. 26), “la productividad tiene dos componentes que vienen hacer la eficiencia, que es el total de los recursos: cuántos fueron utilizados y cuántos fueron desperdiciados; por otro lado, tenemos a la eficacia, que son los resultados alcanzados: cuántos cumplen con los objetivos o requisitos de calidad” (Gutiérrez, 2005, pág. 26).

El resultado de lo mencionado anteriormente es lograr un manejo adecuado de los materiales y, así, evitar pérdidas innecesarias que, tarde o temprano, perjudican a la organización. Es nuestro deber estar al día con las metas de la organización e ir innovando los procesos de producción, para generar mayores riquezas en torno de la organización.

“Se puede interpretar como un nivel de actuación, individual, empresarial, institucional y como país”. Como observamos, todos desempeñamos papeles importantes, ya que cada uno cumple con un objetivo específico, dependiendo del área al que esté dirigido (López, 2013).

La diferencia entre potencia y productividad es que la segunda incluye a la gente en sus resultados, pero son similares porque

expresan trabajos entre tiempo. La productividad es una medida de capacidad, una especie de potencia integral de gente y equipos; tiene costo y se convierte en rentabilidad (López, 2013, p.16).

Observamos comparaciones que, como resultado, dejan beneficios a la organización, ya que existe un costo, pero también ganancias, utilidad, rentabilidad, dependiendo de la necesidad o demanda del mercado (en algunos casos la empresa puede tener bastante demanda y poca rentabilidad, o viceversa).

Se puede definir la productividad como una medida que verifica qué tan eficiente es un empleado en su trabajo; también se puede afirmar que es todo crecimiento en producción que no se explica por aumentos en trabajo, capital o en cualquier otro insumo intermedio utilizado para producir.

La productividad está estrechamente vinculada con el clima laboral. Los trabajadores son más fructíferos en su labor cuando trabajan en grupo que individualmente; pero esto pasa cuando los factores del ambiente laboral son favorables. En efecto, existen factores en las condiciones de trabajo que alteran la forma de desarrollarse en la hora de trabajar como la falta de motivación, las malas relaciones interpersonales, los salarios, entre otros; factores que ocasionan una disminución de la productividad.

La productividad es uno de los factores más importantes dentro de una organización, ya sea dentro del sector público o privado. Conseguir el éxito mediante el trabajo en equipo, la motivación y el alcance de logros es el fin a alcanzar.

Koontz y Weihrich (2004) definen a la productividad como la relación entre insumos y productos en cierto período, con especial consideración a la calidad.

La productividad se basa en la calidad del servicio, los bienes y los recursos utilizados para generar un producto final. Desde el enfoque hacia los colaboradores dentro de un sector de trabajo, la productividad se mide a partir del rendimiento, es decir que, en un período de tiempo determinado, se obtiene un máximo de productos.

Fietmna (1994) señala que los factores más importantes que afectan la productividad en la empresa se determinan por:

- Recursos humanos: basado en la mano de obra, el talento humano.
- Maquinaria y equipo: en este factor influye el estado de los equipos, la calidad y la correcta utilización del equipo.
- Organización del trabajo: en este factor intervienen la estructuración y el rediseño de los puestos de trabajo, que se determinan de acuerdo con la maquinaria, el equipo y el trabajo.

Es necesario tomar en cuenta los factores antes mencionados. Debe existir una conexión entre los recursos humanos, la maquinaria y el equipo, además de la organización del trabajo. Si un factor no se ejecuta de manera adecuada, la productividad y el rendimiento del personal disminuirán de manera desproporcionada, lo que afecta directamente a la organización.

## Tipos de productividad

**Productividad total:** como indica la palabra, se observa la totalidad de los factores que forman parte del proceso de producción, precisando el rendimiento que se genera en un tiempo determinado (Nieto, 2017).

**Productividad del trabajo:** hace referencia al consumo de recursos o bien producir la misma cantidad, pero utilizando menos insumos, de tal manera que los recursos economizados puedan dedicarse a la producción de otros bienes (Nieto, 2017).

**Eficiencia técnica:** se denomina a la etapa final donde se compara la producción efectiva y se observa lo que se ha obtenido, contra la capacidad técnica actual, lo que deberíamos haber logrado (Nieto, 2017).

**Eficiencia de la planta:** para Nieto (2017), “eficiencia de la planta apunta a la eficiencia del personal, la organización de la produc-

ción, el mantenimiento de equipos”; ser consciente de la efectividad de los trabajadores.

Sobre la base de los factores antes mencionados, es posible advertir que la productividad está regida por la eficacia de los trabajadores dentro de una organización, tomando en cuenta el tiempo utilizado de producción durante la semana, los insumos o materiales utilizados, los gastos laborales y el personal ocupado durante un proceso. Estos factores nos permitirán saber si se trabaja de manera eficaz y si existe, en realidad, una producción.

Como ya se determinó, la eficiencia es un factor fundamental para lograr un buen desempeño dentro del ámbito laboral, pero le deben acompañar la eficacia y la efectividad; estas últimas determinan el rendimiento de un empleado y de la empresa; por ese motivo, es necesario resaltar los indicadores antes mencionados.

“La productividad como clave del crecimiento y el desarrollo en el cual propone cuatro componentes principales de la productividad como es la innovación, la educación, la eficiencia y la infraestructura, plantea que la innovación consiste en la creación de nuevas tecnologías, productos y procesos, por otro lado la educación se basa en la innovación y desarrollo de conocimientos y habilidades, la eficiencia que procura el uso y distribución eficaz de los recursos productivos y por último la infraestructura física e institucional, que otorga bienes y servicios públicos en apoyo a la economía” (Nieto, 2017).

La productividad es el resultado del desarrollo dentro de la organización y depende de diferentes factores, como la educación, eficiencia, infraestructura en sí de recursos que favorezcan la adecuada producción organizacional así como lo señala Nieto (2017) ciertos factores inciden en los niveles de la productividad: trabajo, capital, tecnología, energía y materiales, medición del producto, composición del producto, características gerenciales, regulación ambiental y política de demanda.

Por otro lado, se piensa que la productividad dependía de los factores de trabajo y capital; sin embargo, en la actualidad, se sabe que existe un gran número de elementos que inciden en su compor-

tamiento, entre ellos: la calidad de inversión, los recursos humanos, las capacitaciones, las relaciones laborales. La productividad del trabajo es una relación entre la producción y el personal ocupado; refleja qué tan bien se está utilizando el personal en el proceso productivo. El coeficiente entre la producción y el empleo de personal también nos permite comparar el pasado con el presente y establecer objetivos para el futuro.

Según lo postula Quesnay (1766), la regla de conducta fundamental es conseguir la mayor satisfacción con el menos gasto o fatiga. Este tipo de ideología enfatiza en la productividad y la competitividad.

Existe una ecuación que nos permite conseguir la productividad organizacional:

conocimiento x habilidad	=	destreza
actitud x situación	=	motivación
habilidad x motivación	=	desempeño humano
desempeño humano x recursos	=	productividad organizacional

La clave está en poder comprender cómo los actores situacionales afectan las actitudes y la motivación, y cómo esto incide en los niveles de productividad.

Los altos niveles de productividad se ganan al mantener un nivel superior de desempeño en los colaboradores. Este es uno de los factores relevantes al momento de mejorar la productividad y se obtiene con colaboradores satisfechos. Existen determinados aspectos incluyentes, como establecer un espíritu de cooperación y trabajo en equipo, motivar a los colaboradores para que adopten como propios los objetivos de la empresa, así como la capacitación, el desarrollo profesional, entre otros. La ausencia de un buen clima laboral puede ser concebida como un factor que restringe el incremento de la productividad.

“Los factores que explican el comportamiento de la productividad están los siguientes: trabajo, capital, tecnología, energía y ma-

teriales, medición del producto, composición del producto, características gerenciales, regulación ambiental y política de demanda” (Delgado, 2013).

A pesar de lo importante que es la productividad para las empresas, en ciertas ocasiones medirla no es la prioridad. Existen ciertos tipos de trabajos menos físicos y tangibles, donde medir la productividad es algo complicado. Para mantener los niveles de productividad, los altos mandos deben concentrarse en motivar a las empresas para que enfoquen sus esfuerzos en conseguir ese objetivo.

Como plantea Quesnay (1766) la regla de conducta fundamental es conseguir la mayor satisfacción con el menor gasto o fatiga. Este tipo de ideología enfatiza en la productividad y la competitividad.

Es importante destacar que un mejoramiento del desempeño no necesariamente significa un aumento en la productividad. Para esto, es necesario no confundir los términos eficiencia y efectividad. Eficiencia es la razón entre la producción real y la producción estándar esperada. Mientras tanto, efectividad es el grado en que se logran los objetivos, es decir, el nivel de producción.

## Medición de productividad

La medida de producción es necesaria en el momento de tomar las mejores opciones para beneficio de la empresa, y cuando se evalúan los resultados obtenidos en los diferentes niveles de productividad. Entre los tres tipos de indicadores se encuentran:

1. Económicos y financieros
2. Gestión de procesos
3. Gestión de recursos humanos

“La productividad tiene que ver con los resultados que se obtienen en un proceso o en un sistema, su propósito es considerar los recursos empleados para generarlos” (Gutiérrez, 2005, p. 25).

## Factores humanos que tienen incidencia en la productividad

Según Granda (2000, p.16), “una estructura organizacional es productiva cuando logra alcanzar sus metas propuestas, ya sea en calidad como en cantidad, logrando transformar su materia prima en menor costo posible, pero con una excelente calidad en sus productos para obtener mejor retribuciones económicas”. Para Delgadillo (2003, p. 20) “el factor humano está presente en todos los procesos del sistema productivo, por lo que es sumamente importante que en las organizaciones existan capacitaciones constantes, evaluaciones, seguimientos, y fundamentalmente la motivación ya que interviene directamente en nuestra productividad”. Necesariamente, para que los procesos mencionados funcionen a la perfección, debe contarse con incentivos que mejoren y motiven al obrero, y fortalezcan el compromiso con la organización y el orgullo de pertenecer a ella.

El factor humano es de vital importancia para el funcionamiento adecuado de una organización. Por esta razón, se requiere una constante atención para mantenerlos motivados y capacitados de acuerdo con las funciones específicas que desempeñan. Como resultado, obtendremos trabajadores satisfechos en su lugar de trabajo y buena calidad en nuestros productos.

Lutgans y Youssef (2004) señalan que la formación y el entrenamiento ayudan significativamente a elevar la productividad, ya que el capital humano es crucial al momento de definir el éxito de las industrias. Estos factores las vuelven más competitivas a nivel organizacional, y representan una ventaja frente a la competencia, ya que desarrollan mejores competencias, de manera individual, grupal y organizacional.

Observamos cómo la organización se fortalece en las capacitaciones de los diferentes departamentos, se vuelve más competitiva a nivel organizacional, estructural y eleva su nivel de producción; así, logra competir con las demás industrias generando buenos productos.

Antikainen y Lönnqvist (2006) mencionan que existen varios factores que influyen de manera directa en la productividad: la mo-

tivación, el clima organizacional, el liderazgo, la satisfacción laboral, los hábitos de trabajo, el aprendizaje y la formación, la toma de decisiones, la capacitación y su recompensa; todos hacen un conjunto que tiene un papel específico, dependiendo de las necesidades de la empresa. Todos conducen al bienestar mutuo (p.50).

El factor humano es un pilar dentro de la organización. Gracias a su desempeño y colaboración, la empresa puede incrementar su economía e, incluso, alcanzar el éxito. Por este motivo, en la actualidad existen varias estrategias que ayudan a mejorar factores como el clima laboral, la motivación y la productividad, entre otros, para incidir directamente en el desarrollo óptimo y eficaz de las funciones específicas de los trabajadores dentro de una organización.

Dependiendo de la organización y los responsables a cargo, es crucial quién tome las decisiones para el bienestar de la institución, pues los objetivos estratégicos tienen un impacto directo sobre los funcionarios y pueden afectar de diversas maneras; los cambios siempre generan diversas reacciones, sean estas positivas para la organización o, en otros, casos perjudiciales.

## Productividad y calidad

Durante mucho tiempo, el énfasis estuvo centrado en la productividad, como si al mejorar esta, se incrementaría el nivel de calidad, como consecuencia. “El resultado obviamente no fue el esperado, pues, si bien se mejoró la productividad, en muchos casos se pudo constatar un deterioro en la calidad” (Barajas, 1993, p. 303).

Existen muchas empresas públicas y privadas que solo se preocupan de cumplir sus metas establecidas y dejan a un lado la calidad de su producto, la atención que prestan al cliente. Por mucho tiempo, se tuvo en mente que el simple hecho de pertenecer a una empresa pública le daba el derecho de ofrecer un trato deplorable en algunos casos.

En la actualidad, el gobierno lanzó varias campañas para mejorar el servicio público y, en efecto, mejoró la atención. Lastimosamente, no se dio seguimiento; por ende, la campaña se quedó estan-

cada y dichos funcionarios volvieron a prestar el mal servicio al cual estaban acostumbrados.

La preocupación por la contención de costos ha hecho palpable la necesidad de proteger la calidad de los servicios. También se ha aceptado que las estrategias para garantizar niveles adecuados de calidad de atención conducen hacia una mayor eficacia y productividad, con lo que se contribuyen de una manera mucho más racional (Barajas, 1993, p. 299).

La calidad de toda organización es fundamental; y, sobre todo, en las empresas públicas que brindan atención directamente a sus consumidores. Si la atención es buena, saldrán clientes contentos; pero si la atención es mala, los clientes saldrán insatisfechos con el servicio que se presta y existirán varios reclamos.

“La mala calidad significa una utilización deficiente de los recursos financieros y humanos, con lo que entre más deficiencias y fallas se tengan, los costos por lograr la calidad y por no tenerla serán más elevados” (Gutiérrez, 2005, p. 27).

Según lo descrito en el texto anterior, observamos cómo la calidad no solo se define por los recursos humanos, sino más bien es una serie de elementos que conforman dicho proceso; además, se suma que, si no existe una buena organización en los procesos, se elevan los costos para el producto y el cliente tendrá que pagar más por el servicio. Por ello, muchas empresas están optando por incrementar tecnología, que es un excelente aliado cuando se cuenta con el personal adecuado, capacitado para sacarle provecho a dicha maquinaria al cien por ciento.

Si bien es cierto, es necesario tener sistemas de producción establecidos, estos deben estar acordes con la maquinaria que se maneja y la cantidad de empleados que se tiene en planta para sacar dicho producto, estableciendo tiempos muertos o de descanso.

En la productividad, es posible observar ciertos desperdicios que no son necesariamente por descuidos humanos; van a incluir otros factores externos, por lo cual no siempre se debe juzgar a los empleados.

También hay que tener en cuenta que las metas deben ser establecidas con previos estudios, para que no exista incomodidad en las metas. Una meta puede ser indicio de motivación para elevar la producción, pero también puede ser lo contrario y generar desmotivación.

## Productividad y competencias laborales

Caballero y Blanco (2007) definen a las competencias laborales como las características intrínsecas de los individuos; como un conjunto de aptitudes, actitudes, con diferentes rasgos de personalidad, que poseen conocimientos responsables con base en el cargo; capaces de producir y aportar para el beneficio de la empresa, y lograr un rendimiento eficiente en el trabajo y, en consecuencia, alcanzar los objetivos de la organización.

Observamos cómo las competencias de nuestros colaboradores juegan papeles importantes al momento de establecer nuestros objetivos de producción. Las competencias irán variando dependiendo del departamento o área, ya que pueden ser competencias genéricas básicas o específicas; y dependerán mucho de las personas llamadas líderes, que sepan cuándo hay que presionar y cómo realizarlo, para mediante su gestión agilizar los procesos y, a su vez, mantener activo y motivado al personal a cargo.

Según Venutolo (2009), las competencias se forman durante la vida profesional de los individuos. Vienen a ser únicas, por lo que son consideradas como un recurso propio de los trabajadores y de las organizaciones; ello se suma al clima laboral, la tranquilidad continua, la confianza mutua entre los diferentes departamentos, para poder explotar dichas competencias. No obstante, Olaz (2003) menciona que el nivel educativo aumenta la productividad, ya que a la par se desarrollan nuevas competencias.

Debemos tomar en cuenta la experiencia que tienen nuestros colaboradores. Es esa experiencia la que genera y desarrolla de mejor manera las competencias; además, conviene tomar en cuenta el nivel de estudios, ya que estos (dependiendo la especialización) aumentan

de manera significativa sus competencias y, por consiguiente, incrementan los niveles productivos.

La mayor parte del valor de las empresas se encuentra en las personas. Estas conforman el capital intelectual de las organizaciones. Por eso, se precisa una actualización permanente de habilidades y conocimientos, formación y educación continuas, además de la evaluación constante de su desempeño, a fin de contar con un talento humano más competente y comprometido, que constituya una fuente de ventaja competitiva sostenible (Marvel, Rodríguez, Núñez, 2011, p. 567).

Insistimos en la importancia del valor intelectual de los obreros dentro de las organizaciones. El aporte de sus competencias y la importancia de las capacitaciones constantes para elevar su desempeño, así como mejores oportunidades de ir creciendo como organización, y se deriva en un personal competente formado y entregado a los objetivos organizacionales.

## Productividad y capacitación

Por su parte, Torres (2000) afirma que la capacitación no es una actividad que genera gastos, sino una inversión que agrega valor a nuestra empresa, ya que contamos con el personal calificado para desenvolverse. Dependiendo de su área, sabe cómo está estructurada la empresa y, por ende, sabrá cómo actuar en situaciones específicas; además, el conocimiento de las capacitaciones es transmitido a los demás trabajadores con el transcurso del tiempo.

La capacitación a todos los niveles constituye una de las mejores inversiones en recursos humanos y una de las principales fuentes de bienestar para el personal de toda organización (Diez & Abreu, 2009, p. 102).

Los empleados en una organización que les permita seguir formando su perfil como profesional, en su gran mayoría, se entregarán por completo a dicha organización, porque esas capacitaciones le enriquecerán y, por ende, adquirirá mayores conocimientos que, en su

futuro, le ayudarán a conseguir mejores plazas de trabajos de ser el caso, o ascender en dicha empresa.

Para esto, Servitje (2008) define a la capacitación como la forma extraescolar de aprendizaje, cuyo propósito es dotar al personal de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para desempeñar mejor su labor.

Es decir, los trabajadores que estén capacitados se desenvolverán de mejor maneja en su área de trabajo. Es una forma continua de aprendizaje y de intercambio de información útil a los nuevos elementos de la empresa.

Como seres humanos, evolucionamos junto con la tecnología, y en el caso de las industrias no es la excepción. Las organizaciones deben estar en constante aprendizaje para estar en competitividad con el mercado nacional y el internacional, porque estar capacitado en el área de las nuevas tecnologías no es un desperdicio o despilfarro de dinero y tiempo; al contrario, es una inversión hacia el futuro, a la mejora de la calidad y a la mejora de la productividad.

## La producción y el estrés laboral

García (2016) establece que el estrés laboral ha ido creciendo paulatinamente en las empresas. Se está volviendo habitual y va abriéndose espacio cada día más entre nosotros. Así, se vuelve un mal precedente, pues impacta negativamente en el bienestar físico y psicológico de los trabajadores, y afecta de manera directa los niveles de producción de las empresas.

El hecho de que los trabajadores estén constantemente frente a la rutina ocasiona cierto malestar y se produce tensiones que les impide desenvolverse de manera eficiente en sus lugares de trabajo; esto reduce sus niveles productivos y su capacidad de respuesta frente a situaciones adversas.

Miralles (2013) define al estrés con un alto estado de angustia, inquietud, sudoraciones excesivas, que causa la imposibilidad y afecta a todas las esferas como son el área familiar, social, laboral.

Es un estado de displacer que afecta nuestra psique, e imposibilita nuestras capacidades de reacción y de hacer frente a los problemas; eso ocasiona reacciones explosivas, irritables, perezosas, indispuestas a colaborar de manera asertiva en nuestro lugar de trabajo.

La presión laboral tiene, como principales características, dos impulsos: unos son factores internos laborales, como la supervisión de las autoridades, el cargo laboral, las dificultades que se presentan en el trascurso de la jornada laboral; por otro lado, se presentan los factores externos, como las emociones y las relaciones interpersonales. (Velasquí, 2014, p. 78).

Observamos cómo, en conjunto, los factores nos pueden desequilibrar en nuestro lugar de trabajo, nos pueden afectar de manera negativa e incidir en nuestro nivel productivo, ya que existen diversos componentes; pero también nos pueden ayudar a elevar nuestra productividad.

## Mejora de la productividad

Según Niebel y Freivalds (2009), la única forma en que las industrias pueden crecer y ser competitivas a nivel mundial es incrementando sus ganancias, mediante el aumento de su productividad. Los autores ponen especial énfasis en el aumento en la cantidad de producción por hora trabajada, teniendo establecidas las pausas (ya existen ciertas herramientas que generan una mejora en la productividad incluyen métodos, conocidos como medición del trabajo en los que se establecen los tiempos).

Al mismo tiempo, el mejoramiento de la productividad es un proceso de cambio, por lo que las industrias toman muy en cuenta la rentabilidad de la empresa, la cantidad que emplean y la retribución que reciben de acuerdo con los gastos empleados en el producto, mano de obra y tiempo; es la fórmula que muchas empresas sostienen para medir su rentabilidad.

Por tanto, para mejorar la productividad es necesario dominar el cambio. Esto significa motivar, inducir y generar el cambio. Con-

viene planificar y coordinar la escala y la velocidad del cambio en todos los elementos principales de la organización, con inclusión de la estructura del personal, las actitudes y los valores de la mano de obra, los conocimientos técnicos y teóricos, la tecnología y el equipo, los productos y los mercados (Joseph, 1989, p. 69).

Para aumentar nuestra productividad dentro de la organización, es necesario conocer cuáles son los sistemas de producción que no están funcionando y, en el momento que deseemos, cambiar dicha estructura. Es importante dar una inducción a todo el personal del nuevo sistema que se implementará, para que funcione y obtenga resultados de manera inmediata. Los cambios dentro de la empresa pueden generar cierto malestar, si no se informan correctamente.

## Discusión y conclusiones

En este capítulo, se abordaron los principios y fundamentos más relevantes involucrados en el bienestar del trabajador. Para ello, en la primera parte se trabajó desde la historia y los orígenes de la psicología organizacional, el papel que desempeña el psicólogo organizacional en la empresa, así como algunas definiciones que ayudan a esclarecer el papel fundamental que abarca los contextos empresariales desde la psicología. En la segunda parte de este capítulo se establecen las bases del clima organizacional, sus variables y teorías que, consecuentemente, inciden en la satisfacción del trabajador y, por lo tanto, en la productividad del trabajador.

En este capítulo se pretendió abarcar, de forma general, las bases que dan inicio a un trabajador comprometido dentro de la organización. A través de estas páginas, el lector puede identificar en qué tipo de organización se encuentra y desde qué aspecto es mejor trabajar con su compañía para alcanzar el éxito empresarial.

En la parte didáctica de este libro, se establecen los principales contenidos teóricos con los cuales debe contar una organización para empezar con el desarrollo organizacional de su empresa de una forma clara.

Dentro de este capítulo se deja abierta la posibilidad de complementarlo con las técnicas prácticas que mejorarán a los miembros de su organización, lo cual no fuese posible sin antes tener las bases teóricas. Es importante recalcar que este es el inicio de la estructura que debe adoptar una empresa y que, a largo plazo, lo más importante es trabajar en pro del colaborador. Una empresa es lo que es sobre la base de la fuerza y el compromiso de sus empleados; sin ellos, la empresa u organización pierde su esencia, y, claro está, la empresa puede ya contar con buenos excelentes trabajadores que si no se los retiene adecuadamente pronto dejarán su organización para contribuir al éxito de otras empresas.

## Referencias

- Alcover, C., Moriano, J., Osca, A., & Topa, G. (2012). *Psicología del trabajo*. Madrid- España: UNED, 120- 384.
- Baguer, A. (2011). *Dirección de personas*. Madrid- España: Diaz de Santos, 319-363.
- Beckman, L., & Pomim. (2010). El Individuo en el contexto organizacional y su relación con las tecnologías de la información. *Ibersid*, 219- 224.
- Brunet, L. (1999). *El clima de trabajo en las organizaciones*. Trillas. 12-58
- Brunet, L. (1999). El clima de trabajo en las organizaciones: Definición, Diagnóstico y Consecuencias. México: Trillas.40-100.
- Calderón Hernández, G., Naranjo Valencia, J. C., & Álvarez, C. M. (2010). Gestión humana en la empresa colombiana: sus características, retos y aportes. Una aproximación a un sistema integral. *Cuadernos de ADMINISTRACIÓN*, 23(41), 13-36.
- Carmen, S. C. (2004). Concepto y dimensiones de clima organizacional. *Hitos de Ciencias Económicas Administrativas*, 56-230.
- Chiang Vega, M. M., Salazar Botello, C. M., & Núñez Partido, A. (2007). Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: Hospital tipo 1. *Theoria*, 16(2), 61-76.
- Chiang Vega, M. M., Salazar Botello, M., & Núñez Partido, A. (2007). Clima y satisfacción laboral en instituciones públicas: Adaptación y ampliación de un instrumento. *Conocimiento, innovación y emprendedores: Camino al futuro*, 3490-3507.
- Chiavenato, I. (1999 ). *Administración de recursos humanos*. Mc Graw Hill, 134-200.
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de recursos humanos: el capital humano de las organizaciones*. (octava ed.). Bogotá: Mc. Graw-Hill, 305-500.

- Chiavenato, I. (2009). *Gestión de Talento Humano*. México: Mc Graw Hill, 240-577.
- Deming, E. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Diez Somaza, J. A., & Abreu, J. L. (2009). Impacto de la capacitación interna en la productividad y estandarización de procesos productivos: un estudio de caso. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 100-103.
- Flores, C., & López, R. (s.f.). *Revista Ciencia América*, 8 (2), 15 -28.
- Forero, E., & Perilla, L. (2019). *Visión retrospectiva, actual y prospectiva de la psicología organizacional*. Recuperado de <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=3181847>.
- Galicia, J. (2010). *Clima organizacional*. Recuperado de: [http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R\\_PSI/article/view/210/119](http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/210/119)
- García, M. (2012). La gestión humana en las organizaciones: una perspectiva teórica. Universidad del Valle.
- González, F. (2007). *Instrumento de Evaluación Psicológica*. Ciudad de la Habana- Cuba : Editorial Ciencias Médicas, 56-130.
- Guitart, A. (2007 ). *El síndrome del burnout en las empresas*. Yucatán: Universidad Anáhuac México Norte. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>
- Gutiérrez (2005). *Calidad total y productividad*. México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A DE C.V. 34-225.
- Hergenhahn, B. (2001). *Introducción a la historia de la psicología*. Madrid- España: Paraninfo.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1998). NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. NTP.
- Joseph, P. (1989). *La gestión de la productividad*. Suiza: CH-1211 Ginebra.
- Litwin, G., & Stringer, R. (1978). Motivation and organizational climate. *Boston: Division of research*.
- López. (2013). *Productividad*. Estados Unidos: Palilibro LLC.
- Manosalvas Vaca, C. A., Manosalvas Vaca, L. O., & Nieves Quintero, J. (2015). El clima organizacional y la satisfacción laboral: un análisis cuantitativo riguroso de su relación. *AD-minister*, 5-15.
- Martin Ramos, A. (2015). *La satisfacción laboral y su relación con el clima organizacional en el ámbito educativo*.
- Marvel Cequea, M., Rodríguez Monroy, C., & Núñez Bottini, M. (2011). La productividad desde una perspectiva humana: Dimensiones y factores. *Intangible Capital*, 567-584.
- Morgan, G. (1998). *Las imágenes de la organización*. México: Alfa-Omega.
- Nieto, J. (2017). *Diplomatura en Lean Manufacturing*.
- Noboa, A. (2017). *Especificidades del clima organizacional en las instituciones de salud*.
- Pixabay. (2007). *Productividad*. Recuperado el 20 de febrero del 2019 de: <https://pixabay.com/es/>.
- Reinoso, E., Subia, A., & Flores, P. (2019). *El sexo en la intimidad*. Quito, Ecuador: El Conejo.
- Salazar Estrada, J. G., Guerrero Pupo, J. C., Machado Rodríguez, Y. B., & Cañedo, A. R. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *Revista cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACI-MED)*, 67-75.
- Schneider, B. (1975). Organizational Climate. *Personnal Psychology*.
- Thomson, P. (1984). *Círculos de Calidad. Cómo hacer que funcionen*. Colombia: Norma.
- Velásquez, N. (2012). La realidad organizacional: Desde la perspectiva psicosocial. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 4-6.
- Velasteguí. (2014). *El estrés laboral y la calidad de las relaciones interpersonales de los empleados administrativos del GAD*. Cotopaxi: Universidad Tecnológica Indoamérica.
- Zayas Agüero, P. M., Báez Santana, R. A., Josué, Z. F., & Marianela, H. L. (2015). Causas de la satisfacción laboral en una organización comercializadora mayorista. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y reflexión*, 23(2), 23-35.

## Glosario de términos

**Selección de personal:** la selección de personal es aquella acción que desplegará el departamento de recursos humanos para elegir, siguiendo determinados parámetros y condiciones, a las personas más idóneas para ocupar un cargo o un puesto vacante en una empresa.

**Procesos mentales:** los procesos mentales son formas mediante las cuales nuestra mente almacena, elabora o traduce los datos que aportan nuestros sentidos, para que puedan ser utilizados en el momento actual o en el futuro. De hecho, la mente se define como un conjunto de procesos mentales.

**Comportamiento aplicado:** la eficacia de diversos procedimientos y técnicas conductuales en la reducción de comportamientos inapropiados, así como en el aumento en el repertorio conductas adecuadas y nuevas habilidades.

**Principios psicológicos:** consiste en sistematizar las tácticas que observaba en los profesionales, en relación con seis principios psicológicos que subyacen en los procesos de influencia.

**Aplicación profesional:** esmero esfuerzo e interés en una actividad.

**Entorno laboral:** el ambiente laboral es uno de los elementos más importantes en el día a día de la empresa; sin embargo, las características que lo determinan son difíciles de precisar. Pueden ser de naturaleza tangible o intangible, y se ha demostrado que influyen notoriamente en la productividad y en la vida privada de los empleados.

**Entorno social:** está formado por sus condiciones de vida y de trabajo, los estudios que ha cursado, su nivel de ingresos y la comunidad de la que forma parte.

**Dimensiones psicosociales:** interacción del movimiento en la dimensión psicosocial. Establecer la relación entre la dimensión psicosocial del ser humano y el movimiento del cuerpo y viceversa.

**Crecimiento personal:** capacidad que tenemos las personas para aprender de nosotras mismas, dejando nuestra puerta abierta a nuevas experiencias, aunque resulten un desafío; hace referencia al desarrollo humano.

**Desarrollo organizacional:** proceso sistemático y planificado en el que se utilizan los principios de las ciencias del comportamiento para incrementar la efectividad individual y la de la organización. Se hace foco en que la organización funcione mejor a través de un cambio total del sistema.

**Exámenes psicométricos:** son una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta que nos permite hacer descripciones y comparaciones de unas personas con otras, y también de una misma persona en diferentes momentos de su vida.

**Motivación del personal:** conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona.

**Potencial humano:** se define como lo que el hombre es capaz de hacer, el potencial que tiene una persona en su interior y obviamente dicho potencial se puede entrenar.

**Variables psicológicas:** objeto, proceso o característica que está presente, o supuestamente presente, en el fenómeno que un científico quiere estudiar. Los objetos, procesos o características reciben el nombre de variables, en la medida en que su modificación provoca una modificación en otro objeto, proceso o característica. Las variables principales a las que se suele referir la investigación en psicología pueden ser independientes, dependientes, intermedias, conductuales, observables o inobservables.

**Historial laboral:** la historia laboral es una serie de documentos de manejo y acceso reservado por parte de los funcionarios de la Unidad de Talento Humano, en donde se conservan cro-

nológicamente todos los documentos de carácter administrativo relacionados con el vínculo laboral que se establece entre el funcionario y la entidad.

**Evaluación de competencias:** la evaluación de competencias es un proceso complejo, que requiere, como pasos previos, la definición de perfiles ocupacionales, estructurados en torno de conocimientos, habilidades y conductas individuales y sociales.

**Situaciones conflictivas:** una situación conflictiva suele ser aquella en la que se puede ver en peligro la sensibilidad de alguna de las partes (conflicto interpersonal), o aquellas a las que nos cuesta enfrentarnos (conflicto intrapersonal).

**Cultura empresarial:** la cultura empresarial es lo que identifica la forma de ser de una empresa y se manifiesta en las formas de actuación ante los problemas y las oportunidades de gestión y adaptación a los cambios y requerimientos de orden exterior e interior, que son interiorizados en forma de creencias y talentos colectivos que se transmiten.

**Atmosfera psicológica:** partes de las personas que no se ven cuando caminan por las calles, de todo aquello que sobresale de sus siluetas, sus vestidos, y ocupa un lugar manifiesto-con la sutileza de unos pasos desconocidos que se van.

**Clima organizacional:** nombre dado por diversos autores al ambiente generado por las emociones de los miembros de un grupo u organización, el cual está relacionado con la motivación de los empleados. Se refiere tanto a la parte física como emocional.

**Variables explicativas o estructurales:** se encuentran la estructura de la organización y su administración, reglas, decisiones, competencia y actitudes. Si estas se modifican, hacen que se modifiquen las demás variables.

**Variables intermedias:** reflejan el estado interno y la salud de una empresa y constituyen los procesos organizacionales de una empresa.

**Variables finales:** son variables dependientes, siendo el efecto de las variables independientes e intermedias, por lo que es el resultado obtenido por la organización; entre ellas están la productividad, los gastos de la empresa, las ganancias, las pérdidas y la calidad de vida en el trabajo del personal.

**Clima de tipo autoritario:** en este clima se puede encontrar el autoritarismo explotador y el paternalista.

**Clima de tipo participativo:** puede encontrar el consultivo o de participación en grupo.

**Dimensiones del clima organizacional:** las dimensiones del clima organizacional son aquellas características que influyen en el comportamiento de los individuos y que pueden ser medidas.

**Motivación laboral:** capacidad que tienen las empresas y organizaciones para mantener el estímulo positivo de sus empleados en relación con todas las actividades que efectúan para llevar a cabo sus objetos, es decir, en relación con el trabajo.

**Realización personal:** desafío para toda persona. Su logro implica superar muchos obstáculos, entre ellos, la mala interpretación del concepto, pues la realización no se limita al placer momentáneo, sino que engloba una serie de metas que producen satisfacción verdadera y duradera.

**Satisfacción laboral:** conjunto de actitudes ante el trabajo. Podemos describirla como una disposición psicológica del sujeto hacia su trabajo (lo que piensa de él), y esto supone un grupo de actitudes y sentimientos.

**Percepción subjetiva:** de la dificultad que para el trabajador tiene su trabajo.

**Factores intrínsecos:** acontecimientos intrínsecos propios del trabajo.

**Factores extrínsecos:** acontecimientos extrínsecos, es decir, al contexto del trabajo.

**Calidad de producción:** controlar y asegurar la calidad de los productos finales de una organización a través de sus procesos de producción.

**Cumplimiento de procesos:** conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado realizado en su totalidad.

**Ventaja competitiva:** capacidad de una empresa de sobrepasar a otra u otras de la misma industria o sector mediante técnicas no necesariamente definidas. Cada empresa puede innovar a su manera. Una ventaja competitiva es cualquier característica de una empresa, país o persona que la diferencia de otras, colocándole en una posición relativa superior para competir. Es decir, cualquier atributo que la haga más competitiva que las demás.

**Productividad laboral:** incremento o disminución de los rendimientos, surgido en las variaciones del trabajo, el capital, la técnica u otro factor.

**Organización del trabajo:** la organización del trabajo es el proceso que integra a los recursos humanos (RH) con la tecnología, los medios de trabajo y los materiales en el proceso de trabajo (productivo, de servicios, formación o conocimientos), mediante la aplicación de métodos y procedimientos que posibiliten trabajar de forma racional, armónica e ininterrumpida, con niveles requeridos de seguridad y salud, exigencias ergonómicas y ambientales, para lograr la máxima productividad, eficiencia, eficacia y satisfacer las necesidades de la sociedad y sus trabajadores.

**Eficiencia técnica:** la denominación a la etapa final donde se compara la producción efectiva y se observa lo que se ha obtenido, contra la capacidad técnica actual lo que deberíamos haber logrado.

**Eficiencia de la planta:** apunta a la eficiencia del personal, la organización de la producción, el mantenimiento de equipos, ser consciente de la efectividad de los trabajadores.

**Liderazgo:** conjunto de habilidades gerenciales o directivas que un individuo tiene para influir en la forma de ser o actuar de las personas o en un grupo de trabajo determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de sus metas y objetivos.



## Capítulo III

# Fundamentos de Psicopatología para el psicólogo

Fundamentals of Psychopathology  
for the psychologist

**MSc. Diana Montero Medina**



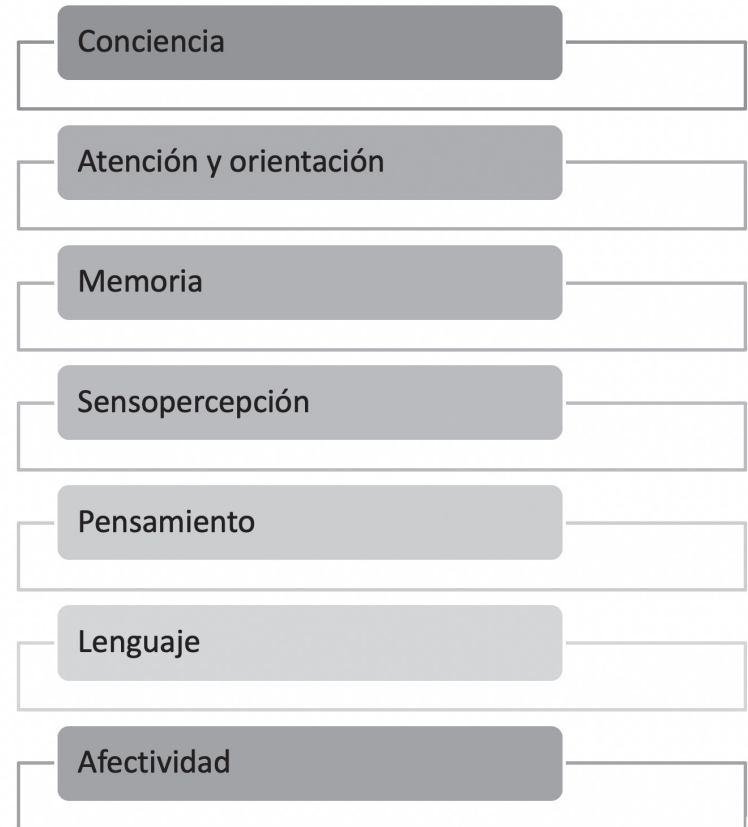


### **MSc. Diana Montero Medina**

Psicóloga y Magíster Scientiarium en Psicología Clínica de la Universidad Rafael Urdaneta en Maracaibo, Venezuela; con formación psicoanalítica de la Nueva Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Ejerce la docencia en las cátedras de Psicología Clínica, Psicopatología y Psicología Forense; se ha desempeñado en el área de la Asistencia Humanitaria, coordinando equipos de abordaje terapéutico y atención a grupos vulnerables, migrantes forzados y sobrevivientes de violencia y tortura. Dirige y participa en proyectos de investigación en Psicología Clínica y Social, dirigidas al estudio de los síntomas sociales actuales, con especial énfasis en la mirada subjetiva y singular del malestar psíquico como base del psicodiagnóstico. Actualmente ejerce la función docente en la Universidad Tecnológica Indoamérica de la ciudad de Quito y la atención psicoterapéutica a niños, jóvenes y adultos.

### **Dedicatoria**

Dedico este capítulo a mi hija Valeria Romero, a mi madre Nora Montero y a Carlos Jaramillo, mi compañero. Ustedes me han enseñado todo lo que debo saber sobre la vida y sobre el amor. Por eso, cada uno de mis logros es suyo. Gracias familia.



## Resumen

En este apartado se presentan los fundamentos de la psicopatología desde una perspectiva contemporánea y pedagógica, que pueda servir como material de consulta y formación en las asignaturas asociadas con la salud mental. Desde un enfoque diferenciado entre lo normal y lo patológico, se pretende comprender la psicopatología, profundizar en sus conceptos y los métodos de exploración de las esferas psíquicas, como fundamentos centrales de la clínica. Así, los modos particulares de padecimiento subjetivo, las vivencias anormales y patológicas que los pacientes refieren en la exploración psíquica, son vinculados de manera lógica con cada uno de los cuadros clínicos que derivan de su comprensión. De esa manera, se busca caracterizar la psicopatología como una disciplina aplicada que permita desarrollar niveles de análisis de la información psicológica relevante.

**Palabras clave:** psicopatología, signos, síntomas, síndrome, trastorno mental

## **Abstract**

In this section we present the foundations of psychopathology from a contemporary and pedagogical perspective, which can serve as reference material and training in the subjects associated with mental health. From a differentiated approach between the normal and the pathological, the aim is to understand psychopathology, deepening its concepts and exploring methods of the psychic spheres, as central foundations of the clinic. Thus, the particular modes of subjective suffering, the abnormal and pathological experiences that patients refer to in the psychic exploration, are logically linked to each of the clinical pictures that derive from their understanding, thus seeking to characterize psychopathology as an applied discipline that allows to develop levels of analysis of the relevant psychological information.

**Keywords:** Psychopathology, Signs, Symptoms, Syndrome, Mental Disorder

## Introducción

El concepto de salud mental se vincula con la noción de desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno, teniendo en cuenta su edad, capacidades, condiciones de vida y cultura. Se puede definir la salud mental como la capacidad del individuo para establecer relaciones con los demás, participar de forma constructiva en las modificaciones del entorno, resolver de manera adecuada los potenciales conflictos, desarrollar la personalidad integrando las pulsiones instintivas dentro de las normas sociales (Sarráis, 2016). También podríamos seguir la línea de Freud, cuando en el verano de 1939, un periodista le preguntó qué era para él una persona sana, madura e integrada en la sociedad. El periodista, que esperaba un largo discurso, se quedó sorprendido con la brevedad de la respuesta: “Amigo mío, cualquier persona capaz de amar y trabajar” (Krieger, 2016).

Las diferencias en los valores entre países, culturas, clases y géneros pueden parecer demasiado grandes para permitir un consenso sobre una definición (OMS, 2001). Sin embargo, al igual que la edad o la riqueza, cada uno tiene muchas diferentes expresiones en todo el mundo y, sin embargo, tienen un significado universal de sentido común central, por lo que la salud mental se puede conceptualizar sin restringir su interpretación a través de las culturas. Recientemente, se ha propuesto que la salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades, puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La definición vigente no se aleja demasiado de la propuesta freudiana.

Por tratar sobre psicopatología, este apartado intenta abordar la salud mental como un ideal, sino su reverso, la opacidad del tras-

torno o la enfermedad mental, más allá de la mera polarización de los términos “normalidad” y “anormalidad”.

Un trastorno mental aparece en el contexto de un determinado terreno constitucional (lo biológico), influye y es influido por los recursos, los afectos y la forma de interpretar la realidad de la persona (lo psicológico); y está determinado, en cierta medida, por el entorno en general y las relaciones con los otros (lo social). Algunos criterios que permiten determinar aquello que se aleja de la normalidad psicológica son los siguientes: lo contrario o lo distante a un ideal (ideal de perfección), lo raro o lo infrecuente (criterio estadístico), lo que perturba, es inadecuado o supone una ruptura (criterio social), y el criterio subjetivo (vivencias personales de malestar, dolor o sufrimiento).

Compas y Gotlib (2003) plantean que los psicólogos clínicos participan en la intervención, siempre que haya la intención de tratar de producir un cambio en la vida de otros, tratando de combatir esa concepción de anormalidad que puede estar presente en muchos ámbitos. Para ello, Esqueda (2006) describe cuatro aspectos para entender la normalidad: la frecuencia, la conducta desviada, la conducta inadaptada y la desorganización psicológica. Por su parte Crider et al. (1983) sostienen que la memoria, la flexibilidad emocional, el pensamiento, la concentración, entre otros procesos, son aspectos del área psicológica que deben expresarse dentro de una cierta coherencia, en función de la experiencia vivida y de las exigencias ambientales. Esto se refiere a que debe haber una articulación entre las funciones para saber si un individuo funciona de manera adecuada.

De acuerdo con Rosenhan y Seligman (1989), existen siete criterios que pueden utilizarse para etiquetar el comportamiento como “anormal”:

<b>Malestar o deterioro</b>	Un individuo experimenta malestar personal o deterioro en su funcionamiento, lo que produce un riesgo de menoscabo físico o psicológico, o pérdida de la libertad para actuar.
<b>Irracionalidad</b>	Un individuo actúa o habla de manera irracional o incomprensible para otros. Por ejemplo, una persona que atiende a voces que no existen en la realidad objetiva, se comporta de manera irracional.
<b>Conducta impredecible</b>	Un individuo que actúa de forma impredecible o errática de una situación a otra, como si experimentara una pérdida del control.
<b>Poca convencionalidad</b>	Un individuo se comporta en formas estadísticamente raras y que violan las normas sociales o lo que es aceptable o deseable.
<b>Incomodidad del observador</b>	Un individuo provoca incomodidad en los demás al hacerlos sentir amenazados o molestos de alguna forma. Una mujer que camina a la mitad de la calle, hablando en voz alta consigo misma, crea incomodidad en otros peatones que tratan de evitarla.
<b>Violación de normas morales e ideales</b>	Un individuo viola las expectativas de la forma en que nos debemos comportar, en relación con las normas sociales.

Tabla 1. Criterios de comportamiento anormal

Fuente: Rosenhan y Seligman, 1989

Para poder etiquetar una conducta como “anormal”, más de un indicador debe estar presente y ser válido. Cuanto más extremos y preponderantes sean los indicadores, habrá mayor confianza en el señalamiento de una condición como anormal o patológica. Ninguno de estos criterios es condición necesaria, compartida por todos los casos de anormalidad y ningún criterio por sí solo es condición suficiente para distinguir todos los casos de conducta anormal de aquellas variantes normales del comportamiento.



Figura 1. Cómo se siente la enfermedad mental. Una “tirantez” contigo mismo  
Fuente: Correll, 2017

Desde que imperan las lógicas del poder por el control del saber, la normalidad y anormalidad se han legitimado como categorías únicas y homogéneas, con lo que se ha pretendido clasificar a la humanidad para entenderla, administrarla y asistirle a partir de estándares. La homogenización epistemológica y metodológica es incorporada a la labor profesional de psicólogos y psiquiatras, lo que reduce y simplifica su capacidad de acción sobre la heterogeneidad socio-cultural, histórica y subjetiva de los problemas de orden psicológico, y provoca una grave imposición de diagnósticos unilaterales que terminan en la estigmatización social. Las formas prácticas del biologismo funcionalista se presentan mediante el método experimental, del cual se derivan los criterios diagnósticos asumidos como y desde la base de

la clasificación taxonómica contenida en el DSM y la CIE en sus diferentes versiones, al punto de descartar cualquier otro debate teórico sobre la etiología de la “enfermedad mental” (Riera, 2017).

Frente a esto, la comunidad académica, desde distintas perspectivas teóricas y prácticas, formuló enérgicos cuestionamientos sobre la validez y aplicabilidad de los distintos planteamientos universalizados sobre normalidad y la patología en salud mental.

Si bien, las clasificaciones son entidades de las cuales el clínico se sirve en el proceso diagnóstico, muchas veces desconocen la noción de proceso y llegan a convertirse en etiquetas utilitarias, carentes de un análisis profundo de los procesos psíquicos. En este contexto, la psicopatología continúa aportando las directrices que permiten analizar el diagnóstico más allá de lo nosológico (Belloch, 1995), con el aporte teórico y la finura necesarias y con la altura de una disciplina que permite examinar lo patológico y articularlo con una teoría capaz de explicarlo.

A continuación, se realiza un recorrido por las esferas psíquicas, considerando sus procesos psicopatológicos.

## Esfera de la conciencia

La descripción de la conciencia está definida desde sus funciones, según Hernández-Bayona (2006).

1. La interioridad real de la vivencia, en oposición a la exterioridad. Se refiere a la capacidad de la conciencia de interiorizarnos de nuestro vivenciar íntimo, estar familiarizados y cercanos a ese mundo de nuestro acontecer psíquico y, por ende, tener con mucha naturalidad una claridad segura de la frontera existente entre nuestro mundo interno y el mundo externo, entre nuestra conciencia y las otras conciencias, así como la individualidad e inviolabilidad de nuestra conciencia. Esta función de interioridad es la que permite que un sujeto se dé cuenta de que una fanta-

sía es una vivencia interna y, por lo tanto, no corresponde a una realidad objetiva exterior, sino que proviene de su imaginación. Así también se da cuenta de que el mundo externo que percibe no es un sueño, sino absoluta realidad. Cuando esta función se pierde, se mezclan imaginaciones, sentimientos, percepciones reales e imaginarias, todo en un desorden confuso e ininteligible, que da lugar a la dislocación vivencia.

2. La alerta en un sujeto dirige su vivenciar hacia objetos, hacia un mundo externo que percibe y con el que interactúa. Apunta a la capacidad de la conciencia de relacionarse con las cosas, con su mundo tanto interno como externo; registrarlas, percibir las, sentir las e incluirlas, a través de sensaciones, percepciones, representaciones y pensamientos. Esta capacidad de la conciencia de dirigirse hacia el mundo interior o exterior ha sido denominada función de alerta.
3. La reflexividad se refiere al conocimiento de la conciencia en torno de sí misma, o sea, la conciencia de sí; se realiza a través de la capacidad de reflexividad de la conciencia. Se puede detener en el tiempo y tomar conocimiento de sí, o sea, tomar *scientia* de sus procesos y vivencias. Es esta la función por la que habitualmente más se define la conciencia en los textos, y que tiene relación con el origen etimológico de la palabra *cum scientia*, darse cuenta y saber de sí mismo.

Mediante la definición de conciencia hecha por Jaspers (1977), hemos podido entender las tres funciones principales de la conciencia: la función de interioridad, la función de alerta y la función de reflexividad. Podemos decir, entonces, que la conciencia se define desde estas funciones.

Tratando de entender la conciencia más dinámicamente, diríamos que la conciencia posibilita la llegada de todos los modos del vivenciar: las sensaciones, las representaciones, la afectividad, la

psicomotricidad, como también los pensamientos. O, más bien, se constituyen vivencias gracias a la conciencia. Es por esta característica de la conciencia, de ser una condición absolutamente necesaria para que el vivenciar se lleve a cabo, por lo que se la agrupa junto a la memoria, inteligencia, atención y orientación; también condiciones básicas del vivenciar y que conforman lo que se ha designado como instrumentos del vivenciar.

### Trastornos cuantitativos de la conciencia

1. Obnubilación: Término genérico que designa un compromiso de la función de alerta de la conciencia, bajo el cual se agrupan los cuatro trastornos cuantitativos, desde el más leve al más grave; embotamiento, somnolencia, sopor y coma. El vocablo obnubilación procede de nube; por lo tanto, decir que la conciencia está obnubilada equivale a decir que está nublada. Es un empañamiento de la lucidez de la conciencia en relación con la alerta, la cual puede estar comprometida en diversos grados o “cantidades”; por esto, hablamos de trastornos cuantitativos. Podemos analogarlo a los cambios normales que se aprecian en un sujeto que pasa del estado de vigilia al estado hipnagógico, al sueño ligero y a la ensoñación, y, finalmente, al sueño profundo.
  - a) Embotamiento: la consecuencia inmediata del embotamiento de la conciencia es la disminución o retardo en el ritmo de las elaboraciones psíquicas; retardo que será más marcado cuanto mayor sea el compromiso. La atención, muy fatigable, cuesta mantenerla debido a la superficialidad e inestabilidad. La captación de los estímulos se hace trabajosa, pues entorpece la percepción, la cual es lenta, imperfecta, imprecisa y carente de nitidez. El paciente entiende órdenes sencillas y es capaz de obedecer.

cerlas, si bien con lentitud. En muchas ocasiones, el paciente se muestra parcialmente desorientado y en forma alternante con períodos de mayor lucidez. El obnubilado tiene muchas veces una expresión de perplejidad. Perplejidad que proviene de la sensación de caos, de la vivencia de incapacidad de poner orden a su transcurrir psíquico. Tiende a distraerse fácilmente; no tiene tanto dominio de sí mismo. Le resulta imposible alejar de su mente experiencias sensoriales o ideas. Así, entonces, tanto las impresiones que vienen del exterior, como los sentimientos, representaciones y vivencias que provienen de la interioridad de la persona, no penetran a la conciencia, a menos que sean muy intensas. Por eso, el recuerdo es borroso e incoherente. Al embotado le cuesta entender la situación témporo-espacial en que se encuentra, le cuesta reaccionar, y en caso de hacerlo, lo hace en forma desatinada y sin proceder como esperarían quienes lo rodean. La percepción está afectada, por lo cual se interpretan mal los datos sensoriales; suelen aparecer ilusiones, especialmente ópticas. Le cuesta comprender las preguntas. A veces no encuentra las palabras y, en general, no evoca bien los datos almacenados en su memoria.

Creemos que es útil tener presente que cualquier compromiso orgánico, ya sea en sus grados leves, precoces, ya en los más severos y crónicos, implica una disminución del control cortical sobre estructuras meso y troncoencefálicas, lo cual se traduce en la irrupción descontrolada de los sentidos, emociones, afectos e impulsos, como los que hemos señalado, y que en especial, cuando el compromiso de la esfera cognitiva es casi imperceptible, son de gran ayuda para precisar el diagnóstico.

Un signo que debe tenerse presente en los pacientes embotados es la acentuación de la suspicacia y la aparición de ideas deliriosas paranoides. A veces se las confunde con

ideas delirantes primarias, en especial cuando el embotamiento no ha sido diagnosticado.

- b) Somnolencia: constituye un grado más intenso de obnubilación que un simple embotamiento. Hay una perturbación mayor de la función de alerta. La percepción, así como toda la actividad psíquica, está mucho más dificultada, debido a una gran propensión al sueño. Aparece pesadez, el enfermo tiende a quedarse en cama y dormir en el día. Hay disminución del ritmo alfa al electroencefalograma.
- c) Sopor: el compromiso obnubilatorio de la conciencia es aún mayor. El paciente solo se logra despertar parcialmente; no registra ningún estímulo externo en la conciencia y los estímulos intensos pueden provocar algunas reacciones psicomotoras rudimentarias de gesticulaciones, balbuceo de palabras o movimientos desordenados. El paciente tiene respuestas reflejas. El electroencefalograma presenta ondas delta.
- d) Coma: el estado de coma constituye el grado extremo de obnubilación. Hay pérdida completa de la conciencia, que no registra ningún evento. Hay inhibición psicomotora completa, pero en los niveles superiores del coma se conservan las respuestas defensivas a los estímulos dolorosos para desaparecer en los grados profundos con ausencia o extrema debilidad de las respuestas reflejas.

### **Trastornos cualitativos de la conciencia**

Debemos precisar que, detrás de cualquier trastorno cualitativo de conciencia, hay también un compromiso cuantitativo, o sea, hay un fondo obnubilatorio. La función de alerta se compromete en todo trastorno de conciencia. Esto permite comprender el componente dismnésico de todos ellos, ya que el registro de las vivencias, tanto desde el exterior como desde el mundo interno, es superficial y borroso, lo que dificulta su posterior evocación.

- 1) Estado delirioso: usamos el término delirioso, para diferenciarlo del *delirium*, término sindromático que alude a un cuadro clínico propio del alcoholismo.

Lo fundamental del estado delirioso es el compromiso de la función de interioridad de la conciencia, que al romperse provoca en el paciente una confusión entre las vivencias de su subjetividad: sentimientos, representaciones, pensamientos, sensaciones y percepciones del acontecer interno, con las vivencias de relación con el mundo objetivo externo: sensaciones y percepciones del entorno. Como bien describe Roa (1980): “La conciencia tiene aquí contenidos, pero no el que ocuparía si el sujeto estuviera lúcido, sino otro que no corresponde ni al ambiente, ni a la situación real en que se halla el paciente, sino que procede, como en el sueño, de la excitación de su vida interior. Es por esto que se le ve reaccionar inadecuadamente en su medio, cometer equivocaciones y aparecer como en comunicación directa con cosas y seres no presentes”. Es frecuente que este trastorno de la conciencia dé pie a las percepciones deliriosas, y a las vivencias deliriosas, a alucinaciones visuales y cinéticas, a falsos reconocimientos y fabulaciones de perplejidad, desorientación, falta de atención y concentración.

Predominan en el acontecer psíquico del delirioso los fenómenos de la vida interna, siendo escasos los registros de hechos y acontecimientos externos, que, si los hay, los distorsiona o integra a su mundo de sueños.

- 2) Estado crepuscular: también llamado estrechamiento de la conciencia, para denotar lo que más caracteriza a este trastorno, es decir su retracción; se circunscribirse solo a ciertas manifestaciones de la vida psíquica. Cogidos por un afecto exaltado, de amor, de odio, de angustia, de rabia, etc., este tiñe de tal manera el campo del vivenciar que parece que toda la actividad psíquica del sujeto se concentrara solo en aquello que tiene relación con su rabia, su angustia, su

odio o su éxtasis. El paciente se llena de un vivenciar que, si bien es más estructurado y coherente que el estado delirioso, carece de tino frente a las situaciones, no capta la globalidad de su entorno ni maneja bien sus posibilidades.

En todo esto, se hace evidente la merma en la función reflexiva de la conciencia, la cual nos permite detenernos en el tiempo, darnos cuenta de la situación que vivimos en ese momento y echar mano a nuestras múltiples capacidades, ya sea para modificar el ambiente o adaptamos a él. El paciente presenta ilusiones y alucinaciones, predominantemente ópticas, aunque también acústicas. Los pacientes ven a Dios, a la Virgen, al demonio, animales, criminales y ladrones. El efecto que los toma puede llevar a los enfermos a incurrir en actos de violencia llegando al homicidio, al crimen sádico por excitaciones sexuales, o a estados beatíficos de éxtasis, en que hablan con ángeles, escuchan su música celestial, cantan con ellos, sienten aromas, sabores maravillosos y otros fenómenos sensoriales que recorren su cuerpo. A veces, el enfermo vaga como ausente. Habitualmente ensimismado, en su mundo delirioso, el paciente no es abordable, no responde ni se interesa por el terapeuta.

En los trastornos cualitativos de la conciencia, también se incluyen las agnosias; estas consisten en una alteración de las funciones de integración perceptiva, caracterizada por una incapacidad de identificar objetos y formas (Hernández-Bayona, 2006, p. 28). Cuando se refiere a aspectos del propio cuerpo, se hace referencia a las somatognosias y tiene dos variantes principales: prosopagnosia (dificultad para reconocer rostros; el paciente puede ver y reconocer las diferentes partes de la cara, pero no reconocer las caras) y astereognosias (es una forma de agnosia táctil caracterizada por la incapacidad de reconocer los objetos que se tocan y se manipulan consecutivo a lesiones del lóbulo temporal).



Figura 2. Astereognosis

Fuente: <http://bit.ly/2zrPGZM>

**Anosognosia:** trastorno del contenido de la conciencia por medio del cual el Yo pierde la conciencia de un segmento corporal, bien sea por elementos psicológicos de resistencia a aceptar la existencia del segmento corporal negado o por lesión neurológica que altera la capacidad de ubicar el segmento negado. Se presenta, principalmente, en lesiones de hemisferio derecho.

**El miembro fantasma:** trastorno del contenido de la conciencia que consiste en la sensación de persistencia de un miembro amputado y, por tanto, separado objetivamente del cuerpo.

**Heautocopia:** trastorno del contenido de la conciencia, por medio del cual el individuo tiene la vivencia persistente de verse a él mismo desde fuera de su propio cuerpo, como si fuera efectivamente visto por otro.

Las alteraciones en esta esfera pueden clasificarse en:

1. **Alteraciones de la conciencia de captación del yo psicológico:** hacen referencia a trastornos sobre la actividad del Yo, función que nos permite asumir todas nuestras experiencias psicológicas como propias (yo pienso, yo soy el

que piensa, mis pensamientos son míos; yo siento, yo actúo); o sobre la identidad del Yo, que nos permite asumir que seguimos siendo los mismos, a pesar de cambios circunstanciales, del paso del tiempo y aun de cambios corporales que tengamos.

2. **La alteración en la actividad del Yo:** se corresponde con la despersonalización en la cual las funciones psicológicas aparecen realizadas con la conciencia de no ser propias, de ser extrañas.
3. **La alteración en la identidad del Yo:** se corresponde con el signo del espejo: el sujeto tiene la vivencia persistente y angustiante de verse y percibirse distinto (raro, extraño o cambiado). Ante tal angustia, intenta validar el cambio percibido, mirándose de forma reiterada y prolongada ante el espejo o eludiendo sistemáticamente el mirarse al espejo por el terror abrumador de constatar el cambio y concluir que ya no es él, el mismo de antes.

Alteraciones de la conciencia de captación del mundo externo, circundante (o no yo): hacen referencia a la vivencia persistente de cambios inexplicables en el entorno. Se corresponden con la desrealización, en la cual se vivencian con marcada angustia y sensación de extrañeza cambios inexplicables en el entorno conocido y habitual, no percibidos por los demás. Suele llevar implícita la experiencia de extrañeza ante personas conocidas. Se las encuentra cambiadas, alteradas, extrañas, pero su identidad sigue siendo para el enfermo la misma de siempre. No hay aquí un desconocimiento sino una extrañeza.

## Esferas de la atención y la orientación

Al igual que la conciencia, la inteligencia, la memoria y la orientación, la atención es un instrumento del vivenciar. Por lo tanto, es condición necesaria para un vivenciar normal. Sin atención, la existencia

se convierte en un devenir difícil de imaginar, ya que es consustancial al ser viviente el sacar partido de su medio ambiente, aunque solo sea para satisfacer sus necesidades básicas. Esto solo lo logra si está atento a lo que sucede en su entorno (Capponi, 1987).

La atención es la orientación de nuestra actividad psíquica hacia algo que se experimenta, permitiendo así el vivenciar. Acá el estímulo se acepta indiscriminadamente, en forma pasiva y sin esfuerzos (Tajima et al., 2017). La atención tiene tres características, reseñadas por Hernández-Bayona (2006): a) volumen, entendido como el conjunto de estímulos que se pueden mantener en el campo de la conciencia en un momento determinado; b) estabilidad, que se refiere a la permanencia de ese conjunto de estímulos; y, c) oscilación, que se entiende como el carácter no estacionario del proceso, por el cual un conjunto de estímulos pueden en un momento determinado ser dominantes en la conciencia, y en otro momento dejar de serlo.

Las alteraciones de la atención, suelen denominarse disprosexias:

- a) Aproxesia: término derivado del griego (*prosexis*: volver la mente a la atención, dedicarse, consagrarse, estar involucrado en), que denota el trastorno psicopatológico de la atención que consiste en falta absoluta de atención.
- b) Hipoproxesia: trastorno psicopatológico de la atención, que consiste en la reducción de la capacidad atenta. La atención es superficial y pobre, hay tendencia a la distraibilidad y un registro pobre de los eventos.
- c) Hiperproxesia: trastorno psicopatológico de la atención, en el cual el sujeto presenta un notable aumento en la capacidad de atención espontánea, pero a expensas de una notoria disminución de su forma voluntaria. El paciente se ve solicitado por una excesiva gama de estímulos, lo que dispersa su actividad psíquica.
- d) Hipermetamorfosis: se denomina hipermetamorfosis a la exaltación de la atención espontánea en detrimento de la

atención provocada. Cualquier estímulo ambiental inmediato orienta el psiquismo en tanto que el paciente se desconecta de la situación anterior que captaba su atención.

- e) Concentración disminuida: trastorno psicopatológico de la concentración, en el cual el sujeto no es capaz de dirigir voluntaria y selectivamente la atención, localizándola en un determinado asunto, de tal manera que le permita operar sobre este, según sean sus deseos, intereses y objetivos.

En cuanto a la orientación, es la función psicológica que nos permite conocer nuestra ubicación en las coordenadas de tiempo y espacio, e identificarnos como un Yo unitario. La orientación en el espacio y el tiempo (llamada orientación alopsíquica) implica poner en coordinación otras varias funciones psicológicas, principalmente la conciencia y la atención. Por su parte, la orientación autopsíquica se refiere a la orientación de la propia persona, en cuanto a su propia identificación y a las referencias que lo hacen ser quién es.

Fisiológicamente, la somnolencia, la fatiga y la apatía pueden tener efectos psicopatológicos sobre la función de la orientación. Algunas condiciones psicopatológicas pueden alterar la vivencia de la percepción del tiempo, como ocurre por ejemplo en la depresión, donde el paciente suele enlentecerse, mientras que en la manía ocurre una vivencia subjetiva de aceleración, lo cual incluye una desorganización global del funcionamiento psicológico del individuo. Por su parte, en las claustrofobias y agorafobias lo que se altera es la percepción del espacio.

La orientación alopsíquica se pierde en el síndrome confusional y también, frecuentemente, en los síndromes demenciales. La orientación autopsíquica se pierde cuando hay un estrechamiento grave de la conciencia; pero si la conciencia está intacta y existe desorientación, probablemente la causa es psicógena.

## Esfera de la memoria

La memoria corresponde a aquel instrumento del vivenciar que permite a la vivencia quedar retenida y conservada en la psique, pudiendo ser posteriormente evocada. Esta posibilidad de evocación de hechos pasados permite ampliar la referencia del hombre en el tiempo, contribuye a darle la noción de tiempo transcurrido y, desde esta experiencia, extrapolar la noción del tiempo venidero (Capponi, 1987). Así, la memoria nos posibilita conectar entre pasado, presente y futuro. En el proceso de memorización, se describen cuatro etapas; a cada una de ellas se las ha denominado como tipos de memoria, ya que se observa cierta funcionalidad independiente entre ellas, tanto en el transcurso de la vida, como en la enfermedad y en la anormalidad. Estas etapas son: la fijación, la conservación, la evocación y el reconocimiento y ubicación temporal. Así tenemos entonces:

- a) Memoria de fijación: en esta fase, se captan los materiales a través de la sensación y percepción, y se los fija en la estructura y organización psicobiológica. La capacidad de fijación es muy variable de un individuo a otro, y está condicionada tanto por factores afectivos (el interés y la motivación, el entusiasmo, etc.), como por la atención y concentración. Por supuesto que también depende de la intensidad del estímulo externo que se memoriza.
- b) Memoria de conservación: una vez fijados en la estructura y organización psicológica, para que los hechos puedan ser evocados posteriormente, deben poder conservarse. La capacidad de conservación también dependerá de los factores que mencionamos para la fijación; sin embargo, debemos señalar acá un factor natural que afecta necesariamente la conservación, que es el olvido. A través del olvido, se va provocando una atenuación gradual del recuerdo, el cual pierde poco a poco intensidad y nitidez, hasta llegar a borrarse por completo.

- c) Memoria de evocación: en esta fase, la memoria actualiza los hechos pasados que están conservados, los lleva a la conciencia, y establece así el enlace entre el pasado y el presente. Esta evocación puede ser hecha en forma consciente y voluntaria, en la que el sujeto activamente orienta la atención hacia la búsqueda de algún hecho o recuerdo.
- d) Memoria de reconocimiento y ubicación temporal: en esta última etapa, el proceso de la memoria identifica el hecho evocado, que además debe ser reconocido como un hecho del pasado, agregándole a la imagen del recuerdo aspectos que hacen posible su ubicación en el tiempo. Esto le permite al sujeto tener una noción correcta del tiempo transcurrido. La memoria de reconocimiento y ubicación temporal es la típicamente comprometida en los trastornos cualitativos de la memoria.

## Trastornos cuantitativos de la memoria

- Amnesia de fijación: es un trastorno psicopatológico de la memoria, que afecta fundamentalmente la capacidad de fijación de esta. Los enfermos se encuentran, así, imposibilitados de evocar hechos recientes; sí conservan su capacidad para evocar hechos antiguos. En la amnesia de fijación puede estar comprometida la memoria inmediata, que depende fundamentalmente de la capacidad de atención y concentración, o la memoria reciente o capacidad de retención. A este tipo de trastorno de la memoria también se lo denomina amnesia anterógrada, término que enfatiza la inoperabilidad de la memoria frente a hechos por venir.
- Amnesia de conservación: corresponde a un tipo de amnesia de evocación. Pero en la amnesia de evocación propiamente tal, el trastorno fundamental radica en la incapacidad de actualizar hechos pasados que sí están

conservados y que el paciente ha evocado en otros momentos. En la amnesia de conservación, en cambio, la memoria pierde su capacidad de mantener a través del tiempo un material que ha sido fijado. En la amnesia de evocación propiamente tal, el paciente se extraña de que un hecho que habitualmente recordaba y que le era familiar, de pronto no pueda traerlo al presente. El paciente que sufre de amnesia de conservación se queja de que se le olvidan las cosas, muchas de las cuales hacía poco tiempo había aprendido o grabado (o sea fijado) en su memoria.

- Amnesia de evocación: consiste en la alteración de la memoria que afecta fundamentalmente la capacidad de evocación. El paciente tiene dificultad para actualizar el recuerdo de las vivencias experimentadas, fijadas y conservadas anteriormente y que, en otras oportunidades, ha podido evocar. También se le denomina amnesia retrógrada; término que enfatiza la inoperabilidad de la memoria en relación con hechos que ya pasaron.
- Hipomnesia: trastorno psicopatológico de la memoria, en el cual se observa una disminución en la capacidad de memorización, debido a una dificultad tanto en la memoria de fijación como en la memoria de evocación. Estas dificultades se relacionan con los factores que describíamos como condicionantes de la capacidad de fijación, conservación y evocación; estos son: la atención, la concentración, el estado afectivo y otras variantes personales.
- Hipermnesias: trastorno psicopatológico de la memoria, en el que hay una hiperfunción de ella, pero no en el sentido de un aumento en la capacidad de la memoria, sino un aumento en la capacidad de evocación. Un ejemplo son las visiones panorámicas de la existencia que han vivido algunas personas en trance inminente de muerte, y que

refieren haber actualizado en escasos segundos, el curso completo de su vida.

- Hipermnesia prodigiosa: se refiere a una capacidad de memorización fuera de lo común habitualmente, para ciertos temas y áreas. Se supone que esta mayor capacidad de memorización está dada por el especial interés en el tema, además del uso de pequeñas reglas mnemotécnicas de apoyo y entrenamiento.
- Amnesias diferenciadas: son trastornos psicopatológicos de la memoria, en que se afectan los recuerdos correspondientes a una determinada área sensorial. Así existen la amnesia visual, la auditiva, la nominativa, etc.
- Amnesia global: en este caso la amnesia afecta tanto a la memoria de fijación como a la de evocación. Los enfermos muestran un mayor o menor grado de orientación tiempo-espacial, dependiendo de la gravedad del compromiso mnésico.
- Amnesia lacunar o circunscrita: es la alteración de la memoria, que se define por la ausencia de recuerdo en un período de tiempo preciso, y que el paciente refiere como una ausencia de actividad psíquica en este lapso de tiempo. Formas especiales de amnesia circunscrita son la amnesia anterógrada que se extiende variablemente a partir del momento en que se instaura el trastorno.

### Trastornos cualitativos

- a) Pseudorreminiscencia: término genérico para denominar la rememoración patológica de eventos no acontecidos ni experimentados por el paciente. El término integra tres fenómenos psicopatológicos de la memoria: el primero se refiere a una deformación de la realidad contemporánea reciente; los dos últimos, al pasado, y es por esto que su denominación proviene del término fábula, un cuento

sobre acontecimientos irreales que transcurrieron en el pasado.

- b) **Pseudología:** trastorno psicopatológico de la memoria, también llamado mitomanía o mentira patológica, que se caracteriza por una deformación del recuerdo. El paciente refiere hechos, narraciones y aventuras, que están modificadas, distorsionadas, con el agregado de detalles inexac-tos y cambios más o menos sutiles o más o menos grose-ros, que no corresponden con fidelidad a lo que sucedió realmente.  
Es habitual observar en ellos, a medida que desarrollan el relato, la necesidad afectiva de atraer a los demás, impresionarlos, hacerse el interesante y aun fanfarronear. Tam-bién se puede apreciar un intento de justificación o excusa, que banaliza o aminora hechos que serían de importancia para el paciente.
- c) **Fabulación:** trastorno psicopatológico de la memoria, en el que el paciente toma por recuerdos auténticos, fanta-sías de la imaginación. Se produce una falsificación retros-pectiva. El fabulador es un cronista falso, ya que presenta testimonios falsos y engañosos de sus vivencias; el pseudó-logo fantástico, en cambio, es un actor identificado con su papel.
- d) **Confabulación:** trastorno psicopatológico de la memoria, que consiste en una fabulación; pero esta se realiza como consecuencia del intento del paciente de rellenar abundan-tes lagunas mnésicas en su memoria.
- e) **Falso reconocimiento:** trastorno psicopatológico de la me-moria que afecta fundamentalmente a la memoria de recono-cimiento y localización. El paciente cree conocer personas o lugares que nunca antes había visto. En este caso, a diferencia del *déjà vu*, el sujeto está convencido de que sí conoció antes a tal persona o estuvo hace un tiempo en ese lugar.

- f) **Criptomnesia:** trastorno psicopatológico de la memoria, que afecta fundamentalmente a la memoria de reconoci-miento y localización. En este caso, el recuerdo deja de ser tal desde el momento de su actualización, imponién-dose a la conciencia como algo totalmente nuevo y de re-ciente formación.
- g) ***Déjà vu:*** trastorno psicopatológico de la memoria, que ha conservado su denominación francesa, y que se podría traducir como fenómeno de lo ya visto. Consiste en la extraña impresión de que una vivencia actual ha sido ya experimentada con anterioridad y en la misma forma. Se da con la plena conciencia por parte del paciente, de que esto no es real y a veces ni siquiera posible.
- h) ***Jamais vu:*** trastorno psicopatológico de la memoria que también ha conservado su denominación francesa, que se podría traducir como fenómeno de lo nunca visto, y que provoca en el sujeto la sensación de no haber visto o ex-perimentado nunca algo que en la realidad ya conoció. Al igual que en el fenómeno anterior, el paciente tiene plena conciencia de que esa situación la había vivido realmente.
- i) **Amnesia psicogénica:** trastorno psicopatológico de la memoria en el que el paciente niega recordar hechos pa-sados, ya sea por el carácter traumático de estos, ya por una motivación ganancial, sea esta disociativa o simula-dora. La amnesia psicogénica puede ser: a. Circunscri-ta: que compromete un tiempo relativamente corto; b. Selectiva: algunos aspectos son recordados y olvidados; c. Generalizada: este sujeto olvida su situación vital y su propia identidad; d. Continua: comenzó en un momento preciso y continúa hasta el presente. Ejemplo de amnesia circunscrita y selectiva.

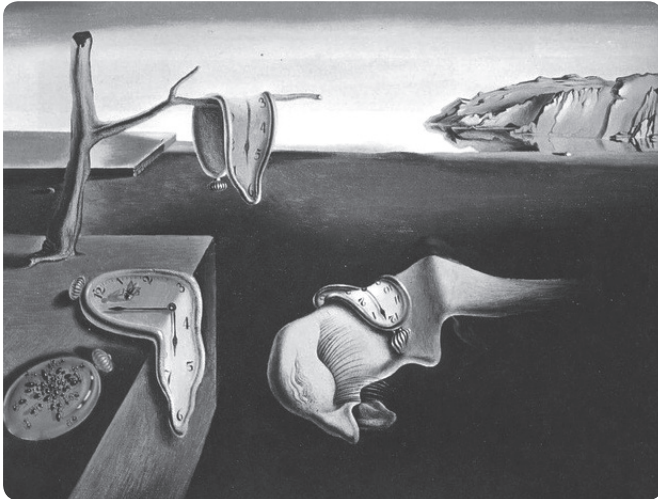


Figura 3. La persistencia de la memoria

Fuente: <http://bit.ly/2PkXZkU>

## Esfera de la senso percepción

Se habla de sensación cuando un estímulo que actúa sobre un órgano sensorial, llamado receptor, es capaz de excitarlo y provocar una reacción de transmisión hacia un centro integrador, que en el caso del hombre es el cerebro. El cerebro registra dicho estímulo como una experiencia que denominamos sensación. Una vez que llega al cerebro la transmisión nerviosa desde el receptor (que se manifiesta en el cerebro como un potencial evocado), este registro se somete a una serie de elaboraciones psíquicas hasta convertirse en una percepción.

La percepción es el acto de toma de conocimientos de datos sensoriales del mundo que nos rodea. Esta constituye un mecanismo a través del cual el hombre adquiere el conocimiento del mundo exterior, o de su propio mundo interior.

Siempre se presta a confusión la diferencia entre percepción y representación. Jasper (1977) sintetiza las diferencias fundamentales

entre ambas, de la siguiente manera: las percepciones son corpóreas, las percepciones aparecen en el espacio objetivo externo, las percepciones tienen un diseño determinado, están completas y con todos sus detalles ante nosotros; en las percepciones, los diversos elementos de la sensación tienen toda la frescura sensorial, las percepciones son constantes y pueden ser retenidas fácilmente de la misma manera; las percepciones son independientes de la voluntad, no pueden ser suscitadas arbitrariamente y no pueden ser alteradas. Son admitidas con un sentimiento de pasividad.

En cambio, las representaciones son incorpóreas, aparecen en el espacio subjetivo interno, tienen un diseño indeterminado, están incompletas y solo con algunos detalles ante nosotros. No tienen la frescura sensorial de los elementos de las sensaciones como en la percepción; se descomponen y desmenuzan y deben ser creadas siempre de nuevo; son dependientes de la voluntad, pueden ser provocadas según el deseo y ser modificadas; son producidas con un sentimiento de actividad. El conjunto de las características anteriores da a la percepción su carácter de objetividad y a la representación su carácter de subjetividad. (Capponi, 1987).

## Trastornos de la sensación

- Por lesiones orgánicas: ya sea del órgano sensorial, del nervio aferente o en la zona de proyección primaria en el cerebro.
- Funcionales: la persona no acusa haber tenido la sensación correspondiente a un determinado estímulo. Generalmente, tiene relación con una vivencia traumatizante que impediría el registro de la sensación. Cegueras psicógenas, sorderas psicógenas, etc. En los trastornos disociativos y conversivos, se pueden presentar alteraciones de la sensación muy similares a los causados por motivos orgánicos. Agnosias funcionales, amaurosis funcionales, hipoacusias funcionales, etc.

## Trastornos de la percepción

### • Cuantitativos

- a) Aceleración de la percepción: cuando existe un aumento del número de unidades de percepción por unidad de tiempo. Si bien se capta un mayor número de estímulos, hay menor fijación mnémica y mayor riesgo de error perceptivo (habitualmente ilusión).
- b) Retardo de la percepción: cuando existe una disminución del número de unidades de percepción por unidad de tiempo. Es frecuente que se le agregue menor fijación mnémica, con mayor riesgo de error perceptivo (habitualmente ilusiones), ya que no se logra una buena percepción de conjunto. Recordamos algo en cuanto a su relación témporo-espacial con otras cosas percibidas. La pérdida de la “visión de conjunto” induce a error.
- c) Intensificación de la percepción: también llamada hiperestesia; los sonidos son vivamente oídos, los colores luminosamente vistos. Una teja roja parece una llama, el acto de cerrar una puerta retumba como cañonazo, el sonido del viento es tempestuoso.
- d) Debilitamiento de la percepción: la intensidad de la percepción está reducida. Los colores se ven más parejos, el mundo circundante parece más oscuro y apagado, la música se escucha monótona, las comidas sin sabor.

### • Cualitativas

- a) Ilusiones: es la percepción falseada o distorsionada de un objeto real. Esta deformación se da en relación con la atención, la afectividad y la conciencia.
- b) Alucinaciones: la alucinación es una percepción sin objeto real, sin el estímulo externo correspondiente, y con juicio

de realidad. Cumplen con las características descritas por Jaspers (1977) para la percepción: son corpóreas, poseen carácter de objetividad, tienen un diseño determinado, es decir, son habitualmente nítidas y con frescura sensorial. Son constantes y pueden ser retenidas fácilmente.

### • En relación con el órgano sensorial comprometido

- a) Alucinaciones auditivas: Séglas (1931) clasificó las alucinaciones del oído en elementales, comunes y verbales. Las alucinaciones auditivas elementales corresponden a ruidos y sonidos sin significación específica: silbidos, zumbidos, rozamientos, etc. Las complejas hacen referencia a frases completas.
- b) Alucinaciones visuales: pueden consistir en imágenes inmóviles o en movimiento e, incluso, en espectáculos animados, de una transformación caleidoscópica. Las imágenes van desde un tamaño natural a minúsculas (liliputienses) o gigantescas (gulliverianas). Objetos, personas, animales (zoopsias), fantasías, constituyen estas alucinaciones.
- c) Alucinaciones olfativas y gustativas: percepción olfativa o gustativa sin el estímulo externo correspondiente. Pueden ser placenteras o desagradables. Son frecuentes los efluvios celestiales, los olores putrefactos y los sabores a “venenos”.
- d) Alucinaciones táctiles (hápticas): percepción háptica o táctil, sin el estímulo externo correspondiente. Los pacientes experimentan que les agarran, les sujetan, les soplan, les queman, les pinchan, les atraviesan, les hacen cosquillas. También se incluyen las sensaciones de ser calentados o enfriados (alucinaciones térmicas) o humedecidos (alucinaciones hídricas).
- e) Alucinaciones cenestésicas: percepción propioceptiva y enteroceptiva, sin el estímulo externo correspondiente. Son muy variables y muestran fluidas transiciones con respecto a las alucinaciones táctiles. En estas últimas, el énfasis alucinato-

rio está puesto en la sensibilidad cutaneotáctil; en cambio, en las cenestésicas, en la propiocepción y enterocepción.

- f) Alucinaciones cinéticas: percepción de movimiento sin el estímulo correspondiente sobre el órgano propioceptor del músculo, es decir, con ausencia de movimiento. El paciente experimenta la sensación de que se imprimen los más variados movimientos a sus miembros, o a todo su cuerpo. Reciben empujones, son tirados lejos, se les mantiene suspendidos en el aire, etc.

## Trastornos de la representación

### • Pseudoalucinaciones

La pseudoalucinación es una representación que no tiene base en una percepción real externa, sino en una “percepción” imaginaria, subjetiva e interna. Se clasifican en:

- a) Pseudoalucinaciones verbales: pseudoalucinaciones de contenido verbal. El sujeto oye su propio pensamiento, las define como “voces interiores”, “murmullos intrapsíquicos”, “eco del pensamiento”, “pensamiento sonoro”. A veces, puede ser la voz de alguien presente, pero oídas siempre en su propio pensamiento, en su espacio imaginario.
- b) Pseudoalucinaciones visuales: son pseudoalucinaciones de contenido visual que, como dijimos, también son clasificadas como representaciones normales, llamadas eidéticas. A veces, son representaciones mentales en forma de ensueños, o de escenas, o de imágenes extraordinariamente intensas –pseudoalucinaciones de Kandinsky, citado por Kokoulina & Angosto (2011)–; a veces, el enfermo puede ver, con los ojos cerrados, letras, palabras, frases (pseudoalucinaciones visuales literales) y otras veces, se trata de ideas o de contenidos de la conciencia.

- c) Pseudoalucinaciones verbomotoras: son trastornos de la representación del lenguaje interior. El paciente experimenta la sensación de que por su intermedio están hablando otras personas que harían uso de su pensamiento, cuerdas vocales, labios y lengua. Originalmente descritas por Ségla (1998), quien distinguió tres grados:
1. El enfermo tiene la “sensación” de los movimientos articulatorios del lenguaje.
  2. El enfermo esboza movimientos de los labios y de la lengua.
  3. El enfermo habla a pesar suyo.
- d) Pseudoalucinaciones del recuerdo: representaciones que se dan con el sentimiento claro de ser recuerdos de una supuesta vivencia anterior, mientras que en verdad no recuerdan nada, sino que todo es productividad actual referida al pasado.

## Esfera del pensamiento

Desde un punto de vista fenomenológico, el pensamiento es considerado por el observador como un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, y que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo-verbal), o a través de la acción (pensamiento práctico). Flujo que ha sido movido por un problema y que intenta conducir a conclusiones eficaces en relación con tal problema.

El observador, cuando puede seguir la secuencia verbal o ideacional del discurso, que respeta las reglas fundamentales de la lógica, que tiene una cierta velocidad, con contenidos que reflejan una adecuada conciencia de realidad, y con la sensación de que el sujeto maneja sus ideas egosintómicamente, se siente autorizado para calificar el pensamiento como normal. Así entonces, el pensamiento puede sufrir trastornos a diversos niveles de su elaboración.

## Trastornos en la estructura del pensamiento

- a) Pensamiento circunstancial: trastorno del pensamiento, en el cual se observa un abundante flujo de ideas, relacionadas entre sí, que se distancian del concepto que se desea transmitir, y dan múltiples rodeos, pero logran finalmente volver al tema.
- b) Pensamiento tangencial: trastorno del pensamiento, en el cual se observa que el flujo de ideas, relacionadas entre sí, están al margen del tema en cuestión, el cual no queda nunca claramente definido ni se vuelve a retomar.
- c) Pensamiento escamoteador: el pensamiento tangencial se emparenta con el negativismo; el pensamiento escamoteador, en cambio, traduce una actitud opositora. En ninguno se va al grano. Sin embargo, el escamoteador, así como el opositor, no habla de un asunto importante, lo evita y hace como si no existiera, a pesar de que la relevancia de este tema es groseramente evidente para el entrevistador.
- d) Pararrespuesta o parafasia: también llamada “respuesta de lado”. Frente a una pregunta del entrevistador, el paciente responde con un contenido que nada tiene que ver con lo preguntado. El grado de relación puede bien ser variable. Hay pararrespuestas difíciles de identificar porque parecen tener relación con la pregunta.
- e) Pensamiento concreto: trastorno del pensamiento, en el cual hay una ausencia significativa de razonamiento deductivo, inductivo y por analogías. Da la impresión al observador de un trastorno en la capacidad de abstracción y generalización del paciente.
- f) Concretismo reificante: es una forma de pensamiento concreto que, como ha señalado Goldstein, no implica un déficit en la capacidad de abstracción, sino más bien es producto de una invasión de lo abstracto por lo concreto. El paciente no prescinde de los contenidos abstractos; al contrario, los utiliza con frecuencia, pero los reifica, los transforma en cosas, objetos, en unidades concretas.
- g) Pensamiento perseverativo: trastorno del pensamiento que consiste en una persistente repetición de palabras, frases o ideas, dando la impresión al observador que el paciente se hubiera quedado pegado en contenidos que repite reiteradamente.
- h) Pensamiento restringido o pobreza de pensamiento: trastorno del pensamiento en que se observa una significativa falta de ideas, y el cual está entonces estrechado y limitado a muy pocos temas.
- i) Pensamiento pueril: trastorno del pensamiento en el que se observa que los contenidos que vierte el paciente son muy simples, elementales, sin que necesariamente esté limitado a unos pocos temas, lo cual da la impresión al observador de superficialidad y falta de elaboración.
- j) Condensación: trastorno del pensamiento en el cual se fusionan varios conceptos en uno solo, el cual resulta absurdo e incomprensible para el observador.
- k) Contaminación: trastorno del pensamiento en el que se fusionan sílabas de diferentes palabras en una sola, absurda e incomprensible para el observador.
  - 1) Neologismo: trastorno del pensamiento que consiste en la creación o deformación de una palabra, que tiene un significado especial para el paciente y resulta absurda en nuestro lenguaje. Habitualmente, se crean por el mecanismo de la contaminación y menos frecuentemente por condensación.
- m) Onomatopoyesis: trastorno del pensamiento que consiste en la creación de un neologismo con base en la reproducción del ruido a que alude.
- n) Metónimos: trastorno del pensamiento que consiste en el uso de términos aproximados, en vez de los habitualmente usados por una persona normal. Se consideran un tipo de neologismo.
- o) Asociaciones por consonancia: trastorno del pensamiento, en el que las palabras se asocian entre sí, más por los sonidos que por su significado.

- p) Bloqueos: trastorno del pensamiento que consiste en una súbita supresión del curso del pensamiento que, en muchas ocasiones, se traduce en bruscas detenciones del discurso hablado. El paciente los vive con desconcierto; los puede referir como tales, pero no es capaz de entenderlos.
- q) *Mente en blanco*: trastorno del pensamiento que el paciente refiere como un pasar breves o largos períodos en los cuales su mente carece de todo pensamiento. A veces, este trastorno se traduce en actitudes mutistas.
- r) *Pensamiento en tropel*: trastorno del pensamiento en que el paciente especializa los pensamientos y refiere sentirlos en su mente cruzando desordenadamente, atropellándose, en gran cantidad. Todo esto en un suceder simultáneo que le desagrada y lo desconcierta.
- s) *Pensamiento ambivalente*: trastorno del pensamiento en el que, en el discurso del paciente coexisten simultáneamente una idea y su opuesta, ambas como verdaderas. Hay ausencia total del principio de no contradicción.
- t) *Pensamiento disgregado*: trastorno del pensamiento que consiste en la pérdida del principio de finalidad del pensamiento lógico, o sea, no existe un concepto hacia el cual apunte el pensamiento en su discurso.
- u) *Pensamiento laxo*: trastorno del pensamiento, que consiste en la pérdida del principio de finalidad del pensamiento lógico, pero que es apenas perceptible en el discurso del paciente. En otras palabras, es un grado menor, y más difícil de detectar, de pensamiento disgregado.
- v) *Jergafasia o ensalada de palabras*: trastorno del pensamiento, en que los elementos que constituyen el lenguaje disgregado están presentes tan intensamente que, además de la ausencia de finalidad del pensamiento, se altera la construcción gramatical de las frases, lo que da origen a un discurso inentendible, carente de todo significado. Es el grado máximo de la disgregación.

- w) *Pensamiento incoherente*: trastorno del pensamiento, en el cual está ausente el principio de finalidad del pensamiento lógico; el paciente salta de un tema a otro, con absoluta lejanía de lo solicitado, dando la impresión al observador que transmite sin posibilidad de control, selección ni jerarquización, imágenes internas que fluyen desordenadamente.

### Trastornos en la velocidad del pensamiento

- a) *Taquipsiquia*: trastorno psicopatológico que se caracteriza por un aumento en la velocidad del curso del pensamiento, con pérdida gradual de sus conexiones internas o pérdidas de la meta u objetivo del discurso.
- b) *Pensamiento ideofugal*: término que se ha usado para designar un tipo de taquipsiquia, que caracteriza la fase maníaca. El paciente pasa rápidamente de un tema a otro; cada frase tiene una mayor o menor relación con el tema que lo precede, o con los estímulos que provienen del ambiente. Esto da la impresión al observador de que su entusiasmo es tan exagerado que, frente a todo lo que va apareciendo, no le es posible rechazar, seleccionar ni perder nada, con el fin de conservar una hilación en su discurso.
- c) *Fuga de ideas*: término que se ha usado para designar un tipo de taquipsiquia, característica de la fase maníaca, y que consiste en un grado extremo de ideofugalidad, pero donde ya el discurso pasa a ser incomprensible; el pensamiento es demasiado rápido y trascurre no por la adhesión entusiasta a las ideas y detalles que le surgen en el relato que proviene del ambiente, como sucede en el pensamiento ideofugal, sino por leyes de asociación pasiva del pensamiento; contigüidad, consonancia y contraste.
- d) *Bradipsiquia*: trastorno psicopatológico que se caracteriza por una disminución en la velocidad del curso del pensamiento, pero sin dar lugar a la sensación subjetiva de dificultad o interferencia en los procesos del pensamiento.

- e) **Inhibición del pensamiento:** término que se ha usado para designar un tipo de bradipsiquia, característica del estado depresivo, en el cual el retardo en el curso del pensamiento es vivido por el paciente con una sensación subjetiva de dificultad e interferencia, que le impide lograr mayor rapidez, aunque se esfuerce.

## Trastornos en el contenido del pensamiento

### Ideas delirantes

El delirio se comunica en ideas, las cuales se elaboran desde el juicio de realidad. Son entonces ideas delirantes, los juicios de realidad patológicamente falseados. Las características principales de estos son, para Jaspers (1977), las siguientes:

1. Son de certeza subjetiva incomparable, o sea, el sujeto las afirma con una convicción extraordinaria.
2. No son influenciadas por la experiencia ni por las conclusiones irrefutables.
3. Su contenido es imposible.

En otras palabras, las ideas delirantes son apodícticas, incorregibles y absurdas. Scharfetter (1988), en su texto de introducción a la psicopatología, define las ideas delirantes en relación con seis aspectos que considera fundamentales:

#### a) **La interacción entre realidad delirante y realidad común:**

1. La realidad delirante es la única realidad: el delirio aparece en lugar de la realidad común, la desplaza e invalida. En especial, se ve en los delirios agudos.

2. La realidad delirante es la que predomina, pero no es la única realidad: el delirio es, para el enfermo, la realidad más importante, pero no queda completamente invalidada la realidad común. Esta situación se llama doble orientación.
3. La realidad delirante y la común coexisten: ambas realidades no se interfieren mutuamente, o ni siquiera son puestas en relación entre sí. Aquí, la doble orientación es más evidente.
4. La realidad delirante y la común confluyen: El paciente no las separa bien entre sí. Lucha por mantener su correcto juicio de realidad; sin embargo, con profunda angustia y perplejidad confiesa: “todo está revuelto” o “tengo un lío en la cabeza”. Se siente confundido en esta doble orientación.

**b) La significación en el delirio:** todo pensamiento es pensamiento de significaciones. Si existe allí directamente la significación en lo sensorialmente perceptible, representado, recordado, la significación tiene el carácter de la realidad. Nuestra percepción no es nunca una fotografía de las excitaciones de los sentidos, sino, al mismo tiempo, la percepción de una significación. Una casa existe para ser habitada por seres humanos. Las vivencias primarias del delirio son análogas a este ser significaciones. El saber inmediato que se impone de las significaciones es la vivencia primaria del delirio.

**c) La certeza de significación y su independencia de la experiencia:** el delirio surge como una evidencia *a priori*. El enfermo no necesita demostraciones para su certeza de significación. Él tiene una vivencia de la realidad cuyo significado se le impone con certeza apodíctica, sin que sea necesario que se le demuestre esta significación, a través de razonamientos deductivos o inductivos.

- d) **Su inquebrantabilidad** respecto de la experiencia personal, a las convicciones del grupo, y resistencia contra las mismas: la realidad delirante prevalece, por muy inverosímil y poco digno de crédito que sea. El delirio es resistente frente a argumentos lógicos.
- e) **Su incapacidad para cambiar su punto de vista:** el sujeto que no delira puede participar su experiencia a los demás, contrastarla, corregirla; puede también cambiar sus puntos de vista, su perspectiva, puede adaptarse a otros hechos, es elástico y flexible. El que delira es incapaz de considerar objetivamente su propio punto de vista, ponerlo en relación con los puntos de vistas de los demás y relativizarlo. Está afectado y dominado por la nueva certeza de significación y su evidencia no es compartida por los demás.

Todas las características descritas corresponden a la idea delirante propiamente tal, pero el pensar delirante adquiere características psicopatológicas diferenciables cuando se conjuga con una conciencia oscurecida o un estado afectivo exaltado congruente con los contenidos de las afirmaciones delirantes. En tal caso, asumen respectivamente la denominación de ideas deliriosas e ideas deliroides.

### Trastornos en el control del pensamiento

En este nivel, es preciso definir las obsesiones como vivencias imperativas que el paciente no puede controlar ni liberarse, las cuales considera absurdas o, al menos, como dominantes y persistentes de un modo injustificado. El paciente las vive como interferencias obstructivas en el curso natural de su pensar, pero tal interferencia es una instancia desde sí mismo, sin perder la propiedad vivencial, y con una activa lucha por liberarse de ellas. Asimismo, las pseudoobsesiones son vivencias imperativas que el paciente no puede controlar ni impedir, pero, sin embargo, no las vive con el carácter de absurdo propio de la obsesión verdadera, y no las siente tan egodistónicas,

por lo cual las asume pasivamente y no lucha por controlarlas ni liberarse de ellas.

Las obsesiones se clasifican en:

- a) **Pensamientos obsesivos:** en este grupo, se incluyen las ideas obsesivas (por ej.: la cuestión de si su mujer lo quiere por interés o por verdadero afecto), las ocurrencias obsesivas (por ej.: que todas las cosas que se toman están contaminadas de aceite humano, extraído de cadáveres), los recuerdos obsesivos (por ej.: si no hubiera hecho tal cosa...), cavilaciones obsesivas (por ej.: ¿por qué está ahí esa montaña?).
- b) **Impulsos obsesivos o compulsiones:** son impulsos a realizar determinados actos, que son vividos con el carácter de imperativos, de los cuales el paciente no se controla ni se puede liberar, aunque no sea arrastrado forzosamente al acto. Son impulsos absurdos para el paciente, habitualmente por las características del acto, como también por su persistencia incontrolable.
- c) **Temores obsesivos o fobias:** temores que se imponen frente a determinadas situaciones u objetos, aun cuando no son lógicamente justificables ni proporcionales. Cumplen con todas las características de los fenómenos obsesivos descritos.
- d) **Actos obsesivos:** son acciones de índole obsesiva que el paciente considera absurdas, realizadas, la mayoría de las veces, a base de impulsos o temores obsesivos. Por ejemplo, el impulso obsesivo de comprobar si la llave del agua está cerrada, lo lleva al acto de cerrarla una vez tras otra.
- e) **Ritos obsesivos:** son acciones de índole obsesiva que el paciente las considera absurdas, realizadas, la mayoría de las veces, a base de impulsos o temores obsesivos, en que la ejecución del acto tiene las características de un rito. Es llevado a cabo en forma exactamente predeterminada, con

cierta frecuencia de repetición y es vivido con un carácter mágico que anularía o defendería de lo temido.

- f) **Ideas fijas:** es una idea que aflora a la mente en forma reiterada, en general, bajo la forma de una representación o idea persistente de una situación que provocó en el sujeto una intensa repercusión afectiva, que es lo que le transmite su carácter iterativo. Habitualmente, pierde intensidad y fuerza con el paso del tiempo.

## Esfera del lenguaje

Los trastornos del lenguaje hablado se denominan afasias. El término afasia implica una relación etiológica. La definición de Benson (1989) es la siguiente: "Afasia se refiere a un trastorno del lenguaje producido por una disfunción cerebral" (p. 88). Tradicionalmente, las afasias se han clasificado sobre la base de cuatro disfunciones básicas: a) la afasia sensorial, que implica una incapacidad para comprender el significado de las palabras o el uso de los objetos; b) la afasia nominal, que supone la dificultad de encontrar el nombre correcto para un objeto; c) la afasia sintáctica por la que el paciente es incapaz de colocar las palabras en una secuencia correcta en su discurso; y, d) las afasias motoras, en las cuales el paciente comprende el significado de las palabras, pero no las puede verbalizar.

- a) **Fluidez del lenguaje espontáneo:** el afásico con trastornos en la fluidez presenta abundantes pausas en su discurso y, habitualmente, no expresa más de 10 a 15 palabras por minuto, a diferencia del afásico fluido, que emite un número normal o mayor de palabras, llegando hasta las 200 por minuto, con evidente logorrea. El afásico con trastornos en la fluidez tiene dificultades para iniciar las frases, y se inclina a repetir una misma palabra y a utilizar frases cortas. Tiende a omitir las palabras cortas que conectan unas con otras, y el discurso resulta sin melodía, disrítmico y tosco.

- b) **Comprensión del lenguaje:** descartando que existan compromisos en la atención, concentración y cooperación por parte del paciente, esta función se evalúa partiendo de consignas muy simples como: "Señale la puerta, la ventana y la silla". O una serie de preguntas de complejidad creciente, en que el paciente debe contestar sí o no. Ejemplo de una fácil: "¿Su nombre es José?"; y una más difícil: "¿Usted se pone los zapatos después de los calcetines?" (Cummings, 1985). Finalmente, la comprensión de estructuras lingüísticas un poco más complejas puede ser evaluada con frases como "Si un león y un tigre están peleando, y el león es muerto por el tigre, ¿cuál animal quedó vivo?", o "¿el hermano de mi mujer es hombre o mujer?" (Goodglass & Kaplan, 1972).
- c) **Capacidad de repetición:** al igual que la comprensión, se examina con pruebas de complejidad creciente, habiendo descartado previamente trastornos de la atención, concentración y cooperación. Al paciente se le solicita que repita con exactitud frases dichas por el examinador. Estas van desde algunas muy simples ("Él está aquí"), pasando por frases más largas y difíciles ("El ágil dalmata café saltó sobre el perro flojo"), terminando con frases más complejas y de irregular estructura lingüística ("No siempre, a pesar de que será posible"). Puede encontrarse la clasificación de Cummings (1985) de las afasias en el glosario de términos.

A continuación, se abordan los trastornos del lenguaje escrito:

- a) **Alexias:** pérdida de la capacidad ya adquirida de leer (a diferencia de la dislexia, en que el paciente tiene dificultades para aprender a leer), causada por daño cerebral. La mayor parte de las alexias se acompañan de afasias, pero no siempre. Las alexias se dividen en alexias con agrafías y alexias sin agrafías, dependiendo de si hay o no compromiso de la escritura.

- b) **Agrafias:** pérdida de la capacidad ya adquirida de escribir (a diferencia de la disgrafía, en que el paciente tiene dificultades para aprender a escribir), causada por daño cerebral. Habitualmente, van asociadas o son consecuencia de una afasia, pero también pueden provenir de un compromiso exclusivo del sistema motor. Según el compromiso afásico, se las divide en agrafías afásicas y agrafías no afásicas.

## Esfera afectiva

La afectividad es un subsistema que tiene su ejercicio inicial a partir del estrato instintivo-tendencial. Y es esta relación la que condiciona una interrelación prevalente ulterior. La satisfacción o insatisfacción de las necesidades y los impulsos instintivo-tendenciales generan estados afectivos placenteros o displacenteros, interrelación que se expresará de múltiples formas e intensidades diferentes, como constante vital predominante. Pero, además, a partir de esa interacción fundamental primaria que determina, en gran medida, el estado afectivo, las interacciones entre afectividad y otros subsistemas mentales se dan con intensidades y formas variables, que hacen que todo estudio de la afectividad sea extremadamente complejo y de alto riesgo conceptual.

Schneider (1921) considera que los sentimientos se pueden dividir en dos grandes grupos: los sentimientos de estado y los sentimientos de valor. Los sentimientos de estado pueden experimentarse como próximos al cuerpo (los que llamó específicamente sentimientos vitales), o como menos próximos al cuerpo. Y los sentimientos de valor lo son en relación con el propio valor, o con el valor ajeno. Todos estos sentimientos tienen sus aspectos placentero-displacentero, agradable-desagradable, o, en otras palabras, afirmativo-negativo. A continuación, se desglosan los trastornos psicopatológicos de la afectividad en relación con su proximidad y no proximidad al cuerpo.

Los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos. El National Comorbidity Study indicó que uno de cada cuatro individuos cumplía los criterios

diagnósticos de, al menos, un trastorno de ansiedad, y que la prevalencia a los 12 meses era de 17,7 %. Es más probable que las mujeres (prevalencia a lo largo de la vida del 30,5 %) presenten un trastorno de ansiedad que los varones (prevalencia a lo largo de la vida del 19,2 %). La prevalencia de los trastornos de ansiedad se reduce en los niveles socioeconómicos altos (Kaplan & Saddock, 2015).

## Trastornos psicopatológicos de la afectividad próximos al cuerpo

- a) **Ansiedad:** trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable asociado con cambios psicofisiológicos y que no es respuesta a una situación objetiva, como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquico. Los cambios fisiológicos consisten en taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensaciones de debilidad y otras somatizaciones.
- b) **Tensión:** trastorno de la afectividad referido por el paciente como un sentimiento de inquietud física. Es un estado de elevada tensión, espera, excitabilidad y disposición que despierta en el observador la sospecha de que el paciente pudiera reaccionar en cualquier momento.
- c) **Tristeza vital:** trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de pena, amargura, pesimismo, desesperación, decaimiento y abatimiento en relación con lo que Schneider (1921) denomina los sentimientos vitales, que están en estrecha relación con la corporalidad. Es una tristeza que compromete físicamente al paciente, le da un aspecto que repercute intensamente en el observador, que puede llegar a contagiarse por esta.
- d) **Alegría vital:** trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de alegría, optimismo, júbilo y sensación de bienestar, que están en estrecha relación con la corporalidad. Es una alegría que compromete físicamente al paciente, le da un aspecto que repercute intensamente en el observador, que puede llegar a contagiarse por esta.

## Trastornos psicopatológicos de la afectividad no próximos al cuerpo

- a) Euforia: estado afectivo en el que el paciente vive un sentimiento exagerado de bienestar psicológico, no adecuado a la situación del momento. La euforia se manifiesta por gran locuacidad, optimismo y satisfacción.
- b) Afecto heboide: estado afectivo que se caracteriza por una actitud de jugueteo, payaseo y falta de seriedad, no vivida por el observador con la alegría contagiosa del maníaco, sino más bien sentida como superficialidad banal y poco adecuada.
- c) Afecto pueril: estado afectivo muy similar al anterior, pero con mayor acento en la vanidad zozca y alegre, con la apariencia del ingenuo, tonto, imprudente e insensato. Esta puerilidad evoca molestias o extrañeza en los demás, y su hilaridad no es contagiosa.
- d) Embotamiento o aplanamiento afectivo: es la disminución de la capacidad de respuesta emocional. Bajo este término se entiende una deficiencia en la capacidad empática y de la modulación del afecto.
- e) Paratimia: es la disociación de la respuesta emocional en relación con la experiencia que en ese momento vive o siente el paciente; surge como incongruente con ella. Las emociones no se ajustan de un modo natural al contenido de su vivenciar ni cualitativamente, en cuanto a su tonalidad, matices, etc., ni cuantitativamente respecto de la intensidad.
- f) Apatía: estado afectivo que se caracteriza por la ausencia casi total de la capacidad de respuesta emocional, tanto frente a sí mismo como frente al mundo que lo rodea. Cuando se refiere a una global incapacidad de comunicación afectiva y empatía, hablamos de lejanía afectiva.
- g) Desánimo: estado afectivo similar a la apatía, pero más que una incapacidad de respuesta emocional, el desanimado es incapaz de entusiasmarse para iniciar una actividad.
- h) Anhedonia: trastorno de la afectividad en la que el paciente es incapaz de experimentar placer.
- i) Frialdad afectiva: es un término más genérico bajo el cual se señala un trastorno de la afectividad en el cual están presentes el aplanamiento afectivo, la apatía y la anhedonia.
- j) Tristeza: estado afectivo de pena, amargura, desesperanza, desamparo, pesimismo y abatimiento, que habitualmente es provocado por la pérdida de algo importante en la vida psíquica del sujeto.
- k) Depresión: es un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, que va desde la formulación de “yo estoy triste, molesto, afligido, desesperado”, hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible. La expresión de este estado es variable: algunos lloran, otros se ven visiblemente derrotados o muy conmovidos, hasta los que están como petrificados en el dolor y el sufrimiento.
- l) Disforia: es un estado afectivo en el que el paciente está inconfortable, desagradado, insatisfecho, inquieto, irritable, ansioso y triste. Todos, sentimientos y emociones que oscilan continuamente, dando al observador la impresión de un ánimo cambiante. Se ve en el paciente la ausencia de ese sentimiento de bienestar que genera un estado de agrado y autoconformidad.
- m) Distimia: muy próxima a la disforia, el paciente sufre oscilaciones extremas y accesionales en sus movimientos afectivos, con trascendencia conductual.
- n) Ambivalencia: estado afectivo que se caracteriza por la presencia simultánea de sentimientos opuestos. Por ej.: amor y odio hacia una persona.
- o) Irritabilidad: estado afectivo que se caracteriza por una excesiva sensibilidad o excitabilidad frente a un sinnúmero de situaciones ante las cuales el paciente reacciona en forma impaciente, tenso y agresivo.

- p) Inquietud interna: trastorno de la afectividad vivido por el paciente como un sentimiento de inquietud psíquica, a menudo referido a un estado de ansiedad. El paciente relata que piensa y siente múltiples cosas, pero no puede detenerse tranquilo frente a ninguna de ellas.
- q) Miedo: estado afectivo vivido como una reacción emocional frente a una situación de la cual hay que huir o enfrentar con todas las energías. Se acompaña de cambios psicológicos similares a la angustia, pero en el miedo se identifica la causa que lo provoca. El grado menor de miedo se denomina temor. El miedo extremo se llama pavor.
- r) Pánico: estado afectivo episódico, en que el paciente vive una extrema, aguda e intensa ansiedad, con sentimientos de terror; síntomas autonómicos y deseos imperiosos de huir, acompañados de desorganización de la personalidad, con gran menoscabo de la esfera cognitiva y total comando afectivo de la conducta.
- s) Perplejidad: reacción afectiva de angustia, turbación, extrañeza y asombro, frente a la percepción de eventos que el paciente los vive como desconocidos, nuevos y a veces curiosos y extraños. Es una reacción de desfamiliarización frente a lo conocido y trivial junto a la necesidad de familiarizar lo que es nuevo, con el consiguiente desconcierto.
- t) Tenacidad afectiva: trastorno de la afectividad que consiste en la persistencia durante un tiempo extremadamente prolongado de una emoción determinada, lo que condiciona un periodo demasiado largo en el estado afectivo del sujeto.
- u) Rigidez afectiva: trastorno de la afectividad que consiste en la incapacidad que presenta el paciente para adoptar un determinado sentimiento afectivo, y modificarlo según las circunstancias y la situación ambiental.
- v) Labilidad afectiva: trastorno de la afectividad en la cual el paciente presenta cambios bruscos y repentinos del tono afectivo, sin que exista un motivo comprensible que lo justifique. Son intensos y de escasa duración.

- w) Incontinencia afectiva: trastorno de la afectividad caracterizado por una falta de control en la exteriorización de los estados afectivos. Hay una manifiesta incapacidad para contener especialmente los estados emocionales, los que, además, aparecen desencadenados por cualquier estímulo, aun los de pequeña magnitud.
- x) Pensamientos suicidas: trastorno de la afectividad caracterizado por el deseo de no seguir viviendo, a raíz de la pérdida de la capacidad de motivarse o entusiasmarse con la vida. Puede ir desde un estar hastiado de la vida, desear estar muerto y tener fantasías de inexistencia, hasta ideas autodestructivas, terminando en tentativas de suicidio. A continuación, se presenta el esquema de evaluación del riesgo suicida presentado por Kielholz (1987), el cual indica los factores especialmente amenazantes:

- **Temática suicidal genuina e indicios de suicidio**
  - Anteriores tentativas e indicios propios.
  - Suicidios en la familia o el entorno (efecto sugestivo).
  - Amenazas directas o indirectas de suicidio.
  - Manifestación de ideas concretas en cuanto a ejecución o preparativos de suicidio.
  - "Calma inquietante" tras la temática suicida, con agitación.
  - Sueños de autodestrucción caída y catástrofe.
- **Síntomas y síndromes especiales**
  - Tónica ansiosa y agitada.
  - Trastornos persistentes del sueño.
  - Acumulación de emociones y de agresividad.
  - Principio o fin de fases depresivas, estados mixtos.
  - Crisis biológicas (pubertad, embarazo, lactancia, menopausia).
  - Graves sentimientos de culpabilidad e insuficiencia.
  - Enfermedades incurables, dolencia imaginaria.
  - Etilismo y toxicomanía.
- **Circunstancias ambientales**
  - Caos familiar durante la infancia.
  - Ausencia o pérdida de contactos interpersonales (aislamiento, de arraigo, decepción sentimental).
  - Conflictos profesionales y preocupaciones económicas.
  - Falta de tareas bien definidas y de objetivo en la vida.
  - Ausencia o pérdida de nexos religiosos.

Figura 3. Esquema de evaluación del riesgo suicida

Fuente: Capponi, 1987

## Conclusiones

El presente apartado sobre los fundamentos de psicopatología fue escrito con la pretensión de facilitar el estudio de la cátedra para los estudiantes y su explicación para los docentes. En tal sentido, incluyó las esferas psíquicas para su estudio de un modo diferenciado, considerando las generalidades de la función y, principalmente, sus aspectos psicopatológicos.

Cada uno de los elementos descritos intenta mostrar la necesidad de que el clínico haga un esfuerzo de finura para distinguir los síntomas, pero también entre las esferas psíquicas a las que cada síntoma pertenece. La comprensión del cuadro clínico y el diagnóstico dependerán de este ejercicio.

Estudiar psicopatología clínica implica observar los signos y síntomas que conforman los distintos trastornos, y adentrarse en la esencia de la enfermedad a través de perspectivas neurofisiológicas, genéticas, psicológicas y psicodinámicas, reconociendo que ninguna de estas miradas alcanza por sí misma a explicar la totalidad de los trastornos mentales. Este enfoque separa a la modernidad, con explicaciones basadas en una causa, del mundo posmoderno y de la noción de complejidad, donde el objeto de estudio se investiga desde muchos ángulos de explicación posible.

Incorporar diferentes perspectivas al campo de la psicopatología puede ayudarnos a considerar que, además del sustrato físico determinado por el funcionamiento de los neurotransmisores, existen elementos relacionados con la organización de la personalidad y el medio sociocultural.

Esta visión complementaria de la psicopatología invita a comprender que un trastorno mental es mucho más que una categoría formada por un número determinado de síntomas y, más bien, a entenderlo como un tipo de organización mental que puede revelar

un sentido particular en el que cada sujeto simboliza, comprende y actúa su lugar en el mundo. Esto permitirá que se pueda relativizar la visión de lo anormal, lo que abrirá nuevos caminos posibles a la investigación en el campo de la psicopatología.

## Referencias

- Belloch, A. y. (1995). *Manual de Psicopatología, Volumen I*. Madrid: Mc. Graw Hill.
- Benson, D. (1989). Classical syndromes of aphasia. In F. Boller, & J. Grafman, *Handbook of neuropsychology* (pp. 80-267). Amsterdam: Elsevier.
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Compas, B., & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica. Ciencia y Práctica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Correll, G. (2017). *Enfermedad Mental Health America*. Recuperado de <https://www.demilked.com>
- Crider, A., Goethals, G., Solomon, P., & Kavanaugh, R. (1983). *Psychology*. Florence, Oregon: Scott, Foresman and Co.
- Cummings, J. (1985). *Clynical Neuropsychiatry*. Sydney: Grune & Stratton.
- Dalí, S. (1931). *La persistencia de la memoria*. París. Recuperado de <https://historia-arte.com/obras/la-persistencia-de-la-memoria>.
- Esqueda, L. (2006). *Aportes a la psicología social de la salud*. Mérida: Saber ULA.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Guerra, P. (2010). *Las organizaciones*. Quito: UTI.
- Hernández-Bayona, G. (2006). *Psicopatología Básica. Cuarta Edición*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Jaspers, K. (1977). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Beta.
- Kaplan, B., & Saddock, B. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Kielholz, P. (1987). *Angustia. Aspectos psíquicos y somáticos*. Madrid: Morata S.A.
- Kokoulina, E., & Angosto, T. (2011). La psicosis del psiquiatra: la vida y obra del Dr. Kandinsky. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, pp. 391-402.

- Krieger, A. (2016). Amor y trabajo. *El Sigma*.
- OMS. (2001). Informe Mundial de Salud. *Organización Mundial de la Salud*, 1.
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. París: Organización Mundial de la Salud.
- Riera, A. (2017). *Apuntes de Psicopatología Básica*. Quito: Editorial Edimec.
- Roa, A. (1980). *Enfermedades Mentales*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Rosenhan, D., & Seligman, M. (1989). Diagnosis of Dysfunctional Behaviour. *Edition. 2nd ed. Published. New York : W.W. Norton*, 766.
- Sarráis, F. (2016). *Psicopatología*. Pamplona: EUNSA. Astrolabio. Ediciones Universidad de Navarra.
- Scharfetter, C. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata S.A.
- Schneider, K. (1921). *Studien über Persönlichkeit und Schicksal Eingeschriebener Prostituirter*. Berlín: Springer.
- Séglas, J. (1998). Las alucinaciones y el lenguaje. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol. XVIII, n.º 68*, pp. 673-677.
- Tajima, T. M. (2017). *Psicopatología y Clínica*. Madrid: Marbán.

## Glosario de términos

**Anormalidad:** se observa desde cuatro maneras, que pueden coincidir con los criterios de trastorno, como perturbación (experiencia intensa de dolor), como deterioro (la perturbación reduce de manera intensa la habilidad de la persona para funcionar), como riesgo para los demás y para sí mismo (peligrosas amenazas para el bienestar de una persona), como conducta social y cultura inaceptable (conducta fuera de las normas del contexto social y cultural donde sucede).

**Causa:** se refiere a un factor que contribuye al desarrollo de una manifestación normal o patológica (síndrome o enfermedad) del funcionamiento físico (cuerpo) de una persona. Sin etiología y de etiopatogenia.

**Comorbilidad:** presencia simultánea en el tiempo de dos o más trastornos independientes en un mismo sujeto.

**Crisis:** cambio brusco y breve que sobreviene en un curso de tiempo. Por ejemplo: crisis de angustia. Sin. ataque.

**Cuadro clínico:** Sin. de síndrome o de trastorno/enfermedad.

**Curso:** desarrollo de un trastorno a lo largo del tiempo.

**Diagnóstico clínico:** calificación de un trastorno/enfermedad en función de sus características clínicas.

**Diagnóstico diferencial:** proceso que se lleva a cabo para identificar un trastorno/enfermedad y excluir a aquellos que puedan compartir algunas manifestaciones clínicas.

**Enfermedad:** síndrome o conjunto de síndromes interrelacionados, de carácter orgánico, que suponen malestar y una afectación significativa en el funcionamiento físico (y psicosocial) de la persona.

**Enfermedad mental:** alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con res-

pecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

**Episodio:** manifestaciones que se aprecian dependientes de un tiempo o duración. Por ejemplo: el episodio depresivo mayor.

**Nosología:** sistema clasificatorio referido a enfermedades o procesos morbosos, generalmente basado en supuestos teóricos de carácter etiológico.

**Pronóstico:** predicción o anticipación del curso de un determinado trastorno o enfermedad.

**Signo:** manifestación objetiva, externa y observable de un cuadro clínico. Por ejemplo: fiebre, temblor, lentitud psicomotora, laceración.

**Síndrome:** conjunto de signos y síntomas que conforman un cuadro clínico reconocible. No lo hacemos equivalente al trastorno porque no se refiere a las reglas del diagnóstico (inclusión o exclusión) ni alude a todo lo que ocasiona malestar o significación clínica, de manera que pueden tomarse agrupaciones sintomatológicas transitorias y/o subumbrales.

**Síntoma:** elemento subjetivo patológico que el paciente refiere. Por ejemplo: dolor, pensamientos.

**Trastorno:** síndrome o conjunto de síndromes interrelacionados, de carácter funcional, que suponen malestar y una afectación significativa en el funcionamiento psicosocial de la persona. No es, por tanto, sinónimo de síndrome, pero lo toma como unidad para el diagnóstico.

**Tratamiento:** programa de trabajo clínico que se planifica e implementa con el fin de inducir la recuperación o remisión de un problema patológico (síndrome/s o trastorno/enfermedad).

**Vulnerabilidad:** (predisposición/sensibilidad): susceptibilidad o propensión de carácter biopsicológica presente en una persona que la hace propensa a desarrollar un trastorno/enfermedad determinada.



## Capítulo IV

### Fundamentos de Psicología Educativa

Fundamentals of educational psychology

MSc. Paulina Pérez Pérez





### **MSc. Paulina Pérez Pérez**

Licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad Central del Ecuador. Magíster en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad Estatal de Guayaquil. Docente de Psicología de la Universidad Tecnológica Indoamérica.

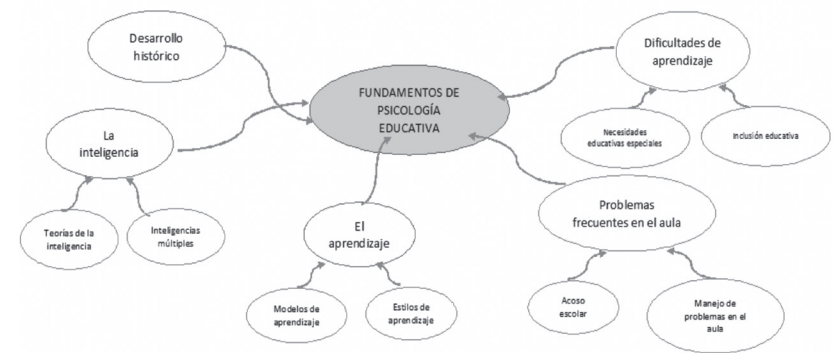
Docente de Educación Básica en la Escuela Alexander Von Humboldt y la Escuela de Educación Básica Nueve de Agosto.

Su línea de estudio es la conducta humana.

### **Dedicatoria**

A Samuel y Manuel, que son el motivo  
y luz de mi vida y han apoyado  
cada proyecto emprendido.

## Contenido del capítulo



## Resumen

La psicología educativa estudia la manera en la cual se produce el aprendizaje en el ser humano, las diferentes formas de adquirir el conocimiento. Los ambientes en los que el individuo se desarrolla deben ser propicios. En este sentido, los docentes y psicólogos educativos cumplen un papel significativo al identificar las formas de aprendizaje de los estudiantes y, de esta manera, potenciar sus capacidades. Varias instituciones educativas aún presentan falencias que comprometen el desarrollo adecuado de los estudiantes. La inclusión educativa ha beneficiado a estudiantes; sin embargo, aún hay instituciones que no trabajan de manera eficiente con estudiantes con dificultades de aprendizaje o discapacidades, lo cual ha provocado burlas y maltrato por parte de otros estudiantes.

**Palabras clave:** psicología educativa, dificultades de aprendizaje, inclusión, discapacidad

## **Abstract**

Educational psychology studies the way in which learning occurs in the human being, the different ways in which it acquires knowledge. The environments in which the individual develops must be propitious, in these sense educational teachers and psychologists play a significant role in identifying the ways of learning of students and thus enhance their capabilities. Several educational institutions still have flaws that compromise the proper development of students. Educational inclusion has benefited students; however, there are still institutions that do not work efficiently with students with learning difficulties or disabilities, which has provoked ridicule and mistreatment of other students.

**Keywords:** educational psychology, learning difficulties, inclusion, disability

## Introducción

En las instituciones educativas, la función del psicólogo educativo es una de las labores fundamentales para el desarrollo adecuado de los individuos, para comprender la forma cómo los estudiantes aprenden y potenciar sus habilidades. Esos deben ser uno de los ejes fundamentales para construir su conocimiento y facilitar los procesos de enseñanza aprendizaje; sin embargo, las dificultades presentes en las aulas, en especial debido a la sobrecarga de estudiantes y actividades, provocan que se preste menos atención a las capacidades individuales y, por consiguiente, los docentes y psicólogos se enfocan en las dificultades de algunos estudiantes, incluso descuidando o retrasando el aprendizaje del grupo. Hay varios factores que pueden influir en el aprendizaje y pueden retardar o potenciar el desarrollo del ser humano. Las instituciones educativas, más allá de brindar conocimientos, deben proveer ambientes adecuados para el desarrollo integral del individuo, y dotarle de las herramientas de acuerdo con sus necesidades y capacidades individuales, mediante la generación de espacios de interacción social adecuada, sin descuidar o aislar a estudiantes que presentan dificultades. Se ha evidenciado, en algunas instituciones, una falta de vigilancia en el proceso de enseñanza-aprendizaje y, al mismo tiempo, el uso adecuado de recursos y de espacios para el desarrollo integral.

En muchas instituciones educativas, la sobrecarga de estudiantes y de actividades al docente dificultan una correcta identificación de las habilidades, capacidades y dificultades individuales. Ello provoca desavenencias entre los estudiantes y, por consiguiente, se recurre a la burla y al maltrato entre estudiantes, sin que los profesores y autoridades sean capaces de manejar de manera adecuada estos conflictos.

## Desarrollo histórico de la psicología educativa

La historia de la psicología de la educación aparece en la filosofía antigua con Platón. Aristóteles, en su libro *La política*, aborda el tema de la educación y señala que esta es un deber del Estado, ya que es considerada como el cultivo de la inteligencia y la adquisición de hábitos. Santo Tomas de Aquino asegura que el alumno es el responsable de lograr el conocimiento con la actuación de su propia inteligencia, mientras que el maestro solo debe facilitar esa labor.

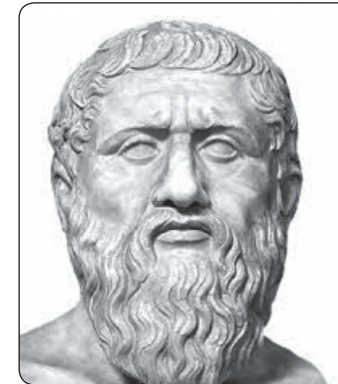


Figura 1. Platón

Fuente: <http://bit.ly/2PmzeoA>

Posteriormente, Quintiliano (siglo I d. C.) defendió la educación pública frente a la privada, con la finalidad de preservar los ideales democráticos; condenó la fuerza física como método disciplinar, un recomendó una buena enseñanza y un atractivo currículo para resolver los problemas de conducta; de igual forma, sugirió a los profesores tener en cuenta las diferencias individuales y estableció criterios para la selección del profesor.

Luis Vives (1531), a través de su obra, “recomendó a los responsables educativos que debe haber una presentación ordenada de los hechos que se van a aprender”.



Figura 2. La educación en el siglo XIX

Fuente: <http://bit.ly/2ZpB50o>

Por su parte, Comenio (1657) influyó en el pensamiento psicoeducativo, al escribir textos basados en la teoría evolutiva y señaló el uso de ayudas visuales para la instrucción. La instrucción debía empezar por lo general y, progresivamente, ir hacia lo particular. El objetivo de la instrucción debía ser la comprensión, mas no la memoria.

Descartes (1596-1650) defiende las ideas innatas como base del conocimiento, y Locke (1632- 1704) apela a la experiencia.

Autores como Claparede, Montessori, Decroly y Dewey señalan que lo esencial no son los conocimientos, sino que el alumno aprenda a aprender. Con esto, se elimina la relación de autoridad y sumisión, que era parte de la escuela clásica, y los estudiantes van adquiriendo conocimientos a su propio ritmo.

Entre 1880 y 1920, aparecen los test. Estos se convierten en útiles herramientas para el diagnóstico y posterior tratamiento de problemas con los niños. En este período, Galton, Hall y Binet son algunas de las figuras más representativas.

Galton estaba interesado por la herencia y cómo esta y el medio influyen en la inteligencia. Los primeros métodos de test para medir la inteligencia fueron creados por él, y se basaban en la discriminación sensorial. De igual forma, Galton crea el primer laboratorio de test, en 1882 en Londres, e inventa los test de asociación de palabras.

Hall, fundó el primer laboratorio de psicología y la revista *Journal of Genetic Psychology*. Su obra sobre adolescencia destaca la importancia del estudio del niño. Se centra en la psicología genética.

Binet, por su parte, desarrolló el primer test de inteligencia individual; junto con Simon, en 1905, construyeron la escala métrica de la inteligencia, compuesta por tests con tareas como coordinación visual y conocimiento de objetos; cada uno de estos procesos mentales iba aumentando la dificultad.

Dewey funda la escuela experimental de Chicago. Señala que la enseñanza debe realizarse a través de la acción y sienta las bases del pensamiento crítico.

Entre 1900 y 1918, Thorndike y Judd se concentran en los problemas educativos vinculados con el aprendizaje y la lectura.

A partir de 1918, la psicología de la educación va adquiriendo más impulso. Las pruebas psicológicas se vuelven muy importantes para medir la inteligencia.

En las décadas siguientes, se utilizaron los test de rendimiento, que permiten comparar el rendimiento en varias asignaturas, y se introdujo el concepto de “evaluación”, que consiste en la manera de interpretar el progreso del estudiante, no solo a partir del rendimiento sino de su relación con objetivos sociales.

Entre 1920 y 1955, el movimiento de salud mental promueve la propagación de servicios para tratar problemas psicológicos infantiles tanto en la escuela como en otros espacios.

Se asigna importancia al diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje, y se presta especial atención a los aspectos emocionales, afectivos y sociales del estudiante.

Se analizan los modos como aprendemos y enseñamos, de manera que se incremente la efectividad de las intervenciones educativas.

A partir de 1970, comienza la búsqueda de modelos alternativos basados en las teorías cognitivas, sistémicas, organizacionales, ecológicas y en la psicología comunitaria. Con ello, se intentaba dar un giro al esquema tradicional de atención individualizada de los casos problemáticos, y se subraya la importancia del contexto, tanto instruccional como sociocomunitario.

## La inteligencia

El término inteligencia se utiliza con frecuencia en el ámbito psicológico. Entre las diversas definiciones de inteligencia, Pérez (2013), señala:

- La capacidad de dar respuestas que son ciertas u objetivas (E. L. Thorndike).
- La capacidad para desarrollar el pensamiento abstracto (L.M. Terman).
- La capacidad de adaptarse al medio (S. Covin).
- La capacidad de adaptarse a situaciones reales relativamente nuevas (R. Pintner).
- La capacidad de adquirir conocimientos y los conocimientos que se poseen (V. Henmon).
- Un mecanismo biológico por el que los efectos de una complejidad de estímulos son presentados al unísono, dando lugar a algún tipo de efecto unificado en la conducta (J. Peterson).
- La capacidad de adquirir capacidades (H. Woodrow).
- La capacidad para aprender o sacar provecho de la experiencia (W.F. Dearborn).

## Teorías de la inteligencia

Dentro de las teorías explicativas de la inteligencia se caracterizan las psicométricas y las cognitivas.

### 1. Teorías psicométricas

Las teorías psicométricas tienen, como finalidad, establecer si existen diferencias individuales, mediante el uso de test o pruebas psicológicas, en las cuales la inteligencia se define en términos de un conjunto de capacidades intelectuales, denominadas aptitudes intelectuales. Binet y Simon (1905) elaboraron la primera prueba de medida de la inteligencia: la edad mental (EM). Más adelante, elaboraron una nueva medida: el cociente intelectual (CI), obtenido de la división de la edad mental para la edad cronológica.

#### 1.1 Teoría del factor general de la inteligencia

Charles Spearman, en 1927, formula una teoría científica y comprensiva sobre la estructura de la inteligencia, elaborada siguiendo la técnica de análisis factorial. Existe un factor general de inteligencia o habilidad general, denominado con el símbolo *G*, y varios factores específicos responsables de tareas más concretas. Para Spearman, la inteligencia es un rasgo unitario de carácter general que se posee en mayor o menor medida (Castejón, 2013).

#### 1.2 Teorías multidimensionales

Thurstone y Thurstone, en 1938, sometieron a análisis factorial los resultados de numerosos test de inteligencia. A partir de esos resultados, concluyeron que existen siete aptitudes mentales primarias, independientes entre sí, que pueden explicar la mayor parte de la conducta inteligente (Castejón, 2013).

Estas eran:

V: Comprensión del lenguaje

W: Fluidez verbal

N: Capacidad de cálculo

S: Representación espacial o capacidad para captar relaciones espaciales

M: Memoria

P: Rapidez de percepción

I: Inducción o aptitud para establecer una regla común

Guilford (1967) establece factores primarios de inteligencia, y desarrolla un modelo estructural clasificatorio de los factores identificados en adultos. Este modelo clasifica las aptitudes en tres dimensiones:

- Operaciones: dentro de estas, hay cinco tipos de procesos: a) cognición o comprensión y reconocimiento perceptivo; b) memoria o capacidad para reconocer o recordar información a corto o largo plazo; c) pensamiento convergente; d) pensamiento divergente; e) evaluación en cuanto a la capacidad de tomar decisiones sobre la conveniencia de una solución.
- Contenidos: se dividen en cuatro tipos: figurativo, simbólico, semántico y comportamental; este último, referido a conductas motoras de interacción social.
- Productos: desde unidades simples de información, tales como una figura o símbolo; clases, que son un conjunto de información con propiedades comunes; conexiones entre informaciones; sistemas de información; cambios que se producen en la información; hasta derivaciones de una información.

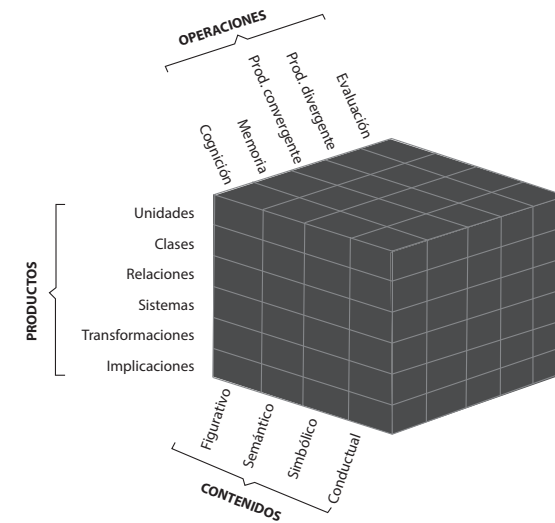


Figura 3. Representación de la estructura de la inteligencia, según el cubo de Guilford

Fuente: Castejón, J. L., González, C., & Pablo, M. R. G. (2013).

La combinación de cada elemento de las tres dimensiones da lugar a 120 factores o capacidades de inteligencia relativamente independientes, según la concepción de Guilford (Castejón, 2013).

Nadie realmente entiende la naturaleza de la inteligencia humana, pero el impacto de la teoría de factores ha dejado claro que un CI simple, como se manifiesta en el test de Stanford- Binet o cualquier otro, es absolutamente inadecuado (Guilford., 1967).

### 1.3 Teorías jerárquicas de la inteligencia

Esta teoría, iniciada por Burt (1940), propone un modelo jerárquico en el cual diversas aptitudes se integran. Vernon (1971) establece que las aptitudes intelectuales forman una jerarquía. En el primer nivel, el factor G, seguido por un nivel de factores principales y, finalmente, un tercer nivel de factores específicos.



Cuadro 1. Estructura de la inteligencia según el modelo de Vernon

Fuente: Castejón, 2013

## 2. Teorías cognitivas

Las teorías cognitivas están centradas en la dinámica de la conducta inteligente, más que en su estructura; interesan los procesos cognitivos mediante los cuales se procesa la información como la atención, la memoria, hasta la elaboración de la información o toma de decisiones.

Dentro de estas teorías se encuentran:

- El análisis de los correlatos cognitivos de las aptitudes, que se enfocan en analizar los procesos básicos como la atención o rapidez de acceso a la memoria a corto plazo, y su aplicación en la realización de tareas. Una de las diferencias individuales que se puede observar en los test de inteligencia se debe a las diferencias en los procesos básicos para procesar la información.
- El análisis de los contenidos cognitivos, de las aptitudes o capacidades para el manejo de la información en dominios concretos, como en la toma de decisiones o resolución de problemas.
- El análisis de los componentes cognitivos de las aptitudes identifica las unidades de procesamiento de información al momento de la ejecución de pruebas de aptitud, mediante la elaboración de modelos procesuales que analizan los componentes cognitivos encargados de realizar la tarea. De acuerdo con la función que desempeñan los compo-

nentes en la ejecución de una tarea, pueden distinguirse:

- Los metacomponentes que son procesos de control utilizados en la realización y toma de decisiones, mediante la identificación del tipo de tarea y los componentes necesarios para ejecutarla.
- Los componentes de ejecución, encargados de poner en práctica los planes y las decisiones establecidas por el metacomponente. Estos se relacionan con la capacidad de atención y memoria de trabajo.
- Los componentes de adquisición de conocimiento, influenciados por la educación.

### Teoría triárquica de la inteligencia

Esta teoría defiende la existencia de tres grandes tipos de inteligencia: la inteligencia componencial o analítica, la inteligencia práctica y la inteligencia creativa.

La inteligencia se concibe como:

(...) el conjunto de las habilidades intelectuales, factores específicos y atributos o factores intelectuales generales (memoria, reflexión, comprensión, razonamiento, experiencia, sensación, percepción, emoción, lenguaje, creencias, motivación y cinestesia), de tal manera que la condición esencial del ser humano, en su posibilidad de aprender, radica en la movilización de esas habilidades intelectuales específicas sobre los atributos generales de la inteligencia (Sánchez & Andrade, 2014, p. 9).

- La inteligencia componencial se relaciona con los componentes individuales de la inteligencia, con los metacomponentes, los componentes de ejecución y los de adquisición del conocimiento. Se refiere a los mecanismos mentales que los individuos utilizan para planificar y realizar diferentes tareas. La inteligencia analítica permite comprender ideas y resolver problemas abstractos; está vinculada

con el rendimiento académico.

- La inteligencia práctica se relaciona con la capacidad para resolver problemas concretos y adaptarse al entorno.
- La inteligencia creativa es la capacidad de descubrir, crear e inventar cosas nuevas, ideas y productos nuevos.

## Teoría de las inteligencias múltiples

Durante años se ha considerado que las personas inteligentes son aquellas que obtienen puntuaciones altas en pruebas estandarizadas. Esto ha provocado que aquellos que han obtenido puntuaciones regulares se conviertan en objeto de burlas o, incluso, de maltratos.

En el ámbito escolar, es frecuente contar con pruebas que indiquen si un niño requiere adaptaciones especiales para aprender. En ocasiones, no se considera el contexto del cual proviene el estudiante, lo cual, lejos de ayudar a los niños, los ha etiquetado o encasillado como personas no hábiles en un área específica, y ha limitado, muchas veces, su aprendizaje. Esta situación ha ido cambiando en algunos centros educativos, y se ha provisto a los estudiantes de otras alternativas, con la finalidad de identificar en ellos otras habilidades que no pudieron ser medidas con una prueba.

Muchos niños han demostrado gran habilidad por la música, el arte, son brillantes jugando ajedrez o campeones en atletismo.

Gardner, en 1980, introduce la teoría de las inteligencias múltiples. Considera que las competencias cognitivas humanas son mejor descritas en términos de establecer habilidades, talentos o habilidades mentales. “Todos los individuos normales poseen cada una de estas habilidades hasta cierto punto; los individuos difieren en el grado de habilidad y en la naturaleza de la combinación de estas capacidades” (Gardner, 2005, p. 4).

Los diferentes tipos de inteligencias caracterizados por Gardner son:

- Inteligencia lógica-matemática
- Inteligencia lingüística

- Inteligencia visual-espacial
- Inteligencia musical
- Inteligencia kinestésico-corporal
- Inteligencia interpersonal (social)
- Inteligencia intrapersonal (interna)
- Inteligencia naturalista

## Inteligencia lógica matemática

Es la capacidad de las personas de realizar cálculos, resolver problemas matemáticos, razonar mediante el pensamiento lógico, a través de



procesos de resolución rápidos y sin utilizar procesos convencionales.

Figura 2: Inteligencia lógica-matemática

Fuente: <http://bit.ly/32gxvmq>

## Inteligencia lingüística

Las personas con esta capacidad son capaces de expresarse a través del lenguaje hablado y escrito. Es la capacidad que permite el uso y el manejo de la fonética de una lengua como sistema simbólico y de expresión.



Figura 3: Inteligencia lingüística  
Fuente: <http://bit.ly/2MK4ED6>

### Inteligencia visual-espacial

Se relaciona con la observación personal del mundo visual y crece en forma directa de esta. Es la habilidad que permite percibir la forma de un objeto, identificar la transformación de un objeto en otro. El área del cerebro que alberga esta habilidad es el hemisferio derecho.

La resolución de problemas espaciales es necesaria para la navegación y el uso del sistema de notación de mapas. Otros tipos de resolución de problemas espaciales se aplican al visualizar un objeto desde diferentes ángulos. La inteligencia espacial es la inteligencia de los arquitectos, pilotos, navegantes, jugadores de ajedrez, cirujanos, pintores, escultores e ingenieros.



Figura 4. Hemisferio derecho  
Fuente: <http://bit.ly/2MMpi5A>



Figura 5. Salvador Dalí  
Fuente: <http://bit.ly/2zx9MC0>

### Inteligencia musical

Es la capacidad de ciertas personas de captar los sonidos, ritmos, tonos del medio ambiente y de los instrumentos musicales. Ciertas partes del cerebro juegan un importante papel en la percepción y producción de la música. Estas áreas están localizadas en el hemisferio derecho.



Figura 6. Inteligencia musical  
Fuente: <http://bit.ly/2ZCbdcM>

### Inteligencia kinestésico-corporal

Es la capacidad de controlar, coordinar y expresarse a través de los movimientos corporales, de manera extraordinaria; utiliza todo el cuerpo como instrumento de aprendizaje y expresión. El área del cerebro que funciona es la corteza motora, donde intervienen los dos hemisferios. El control del movimiento corporal se localiza en la corteza motora, con cada hemisferio dominante o controlando los movimientos corporales en el lado contralateral.



Figura 7. Inteligencia kinestésico-corporal  
Fuente: <http://bit.ly/2ML1H5n>

### Inteligencia interpersonal (social)

Es la capacidad de conocer e influir en las personas; de comprender sus pensamientos, sentimientos, conducta, necesidades, intereses y sus estados de ánimo.

Este tipo de inteligencia contribuye a relacionarse con las personas, lograr empatía y socializar. Permite reaccionar ante distintos estados de ánimo, temperamentos, motivación e intención, de manera eficiente.



Figura 8: Inteligencia interpersonal. Gandhi

Fuente: <http://bit.ly/2UgZ5gq>

### Inteligencia intrapersonal (interna)

Es la capacidad de conocerse a uno mismo: la vida emocional, fortalezas, debilidades, intereses, capacidades, talentos, y limitaciones. “Una persona con buena inteligencia intrapersonal posee un modelo viable y eficaz de sí mismo; puesto que esta inteligencia es la más privada, precisa de la evidencia del lenguaje, la música y otras formas más expresivas de inteligencia para poder ser observada en funcionamiento” (Gardner, 2005:48).

### Inteligencia naturalista

Al igual que la inteligencia lógico-matemática, comparte muchas habilidades básicas como observar, clasificar, comparar, ordenar, descubrir secuencias y patrones. Es la relacionada con la naturaleza, los animales y las personas.

Es la capacidad de percibir las relaciones entre las especies y grupos de objetos y personas reconociendo sus posibles diferencias o semejanzas. La zona que alberga esta inteligencia son los hemisferios derecho e izquierdo. Su función consiste en la conservación del ambiente y las especies.



Figura 9. Jacques Cousteau. Oceanógrafo francés. Inteligencia naturalista

Fuente: <http://bit.ly/2ztHLeH>

### Aprendizaje

El aprendizaje es un proceso por medio del cual se adquieren los conocimientos, las habilidades y las competencias para desarrollar diversas actividades.

Este se va desarrollando en las diferentes etapas de la infancia y adolescencia. Se ha desarrollado a lo largo de la historia.

La importancia del aprendizaje radica en que lo que el ser humano hace o puede hacer.

Existen varias concepciones del aprendizaje de acuerdo con los modelos del desarrollo.

Aprender involucra construir y modificar el propio conocimiento, del mismo modo que las habilidades, actitudes y conductas. “Las personas aprenden habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y sociales, las cuales pueden adoptar muchas formas” (Schunk, 2012, pág. 16).

## Concepciones del aprendizaje según los distintos modelos del desarrollo

MODELO	AUTORES	DESCRIPCIÓN
Modelos organicistas	Piaget	Parte de una perspectiva de fuera hacia dentro. Intenta fomentar el aprendizaje únicamente mediante reestructuración.
Modelos organicistas con enfoque interactivo	Bruner y Ausubel	Mencionan un enfoque interactivo, el cual engloba el aprendizaje asociativo.
Modelos asociacionistas puros	Watson y Thorndike	Mantiene que el aprendizaje es un proceso de fuera hacia dentro.

Cuadro 2. Concepciones del aprendizaje.

Fuente: Textbook Apir 4.2017

## Modelos conductuales

### Condicionamiento clásico

Es el mecanismo más básico a través del cual se produce el aprendizaje. El organismo responde a un estímulo ambiental. Mediante este proceso, los sujetos pueden aprender respuestas o conductas por medio de estímulos que previamente se consideraban neutros y que no producían respuesta.

John Watson (1878-1958), por otra parte, propuso que las emociones se aprendían mediante la asociación condicionada. Para

ello en 1920, seleccionó a un niño, *el pequeño Albert*, con quien Watson probó que el ser humano podía adquirir miedos por entornos condicionados. El experimento consistía en mostrarle al niño una rata blanca de laboratorio, a lo cual el niño trataba de alcanzar y tocar; en ese momento, Watson hizo sonar la barra metálica. El niño se echó para atrás alterado. Lo volvieron a intentar una vez más: el niño extendió su mano para tocar la rata, y la barra volvió a sonar. El niño en ese momento comenzó a llorar. Tras varios intentos al presentarle la rata y hacer sonar la barra metálica el niño empezó a llorar.

Esto, en contextos educativos, puede mostrar cómo los niños sienten aversión hacia una asignatura determinada, debido a que un profesor que dio esa asignatura antes les provocó aversión.

### Modelo de condicionamiento instrumental de Thorndike

Thorndike elabora la teoría del vínculo. Según esta, la conducta se puede explicar según el número y la fuerza de los vínculos que se establecen entre sus componentes más simples (estímulo-respuesta).

Los vínculos están modulados por las consecuencias (refuerzo).

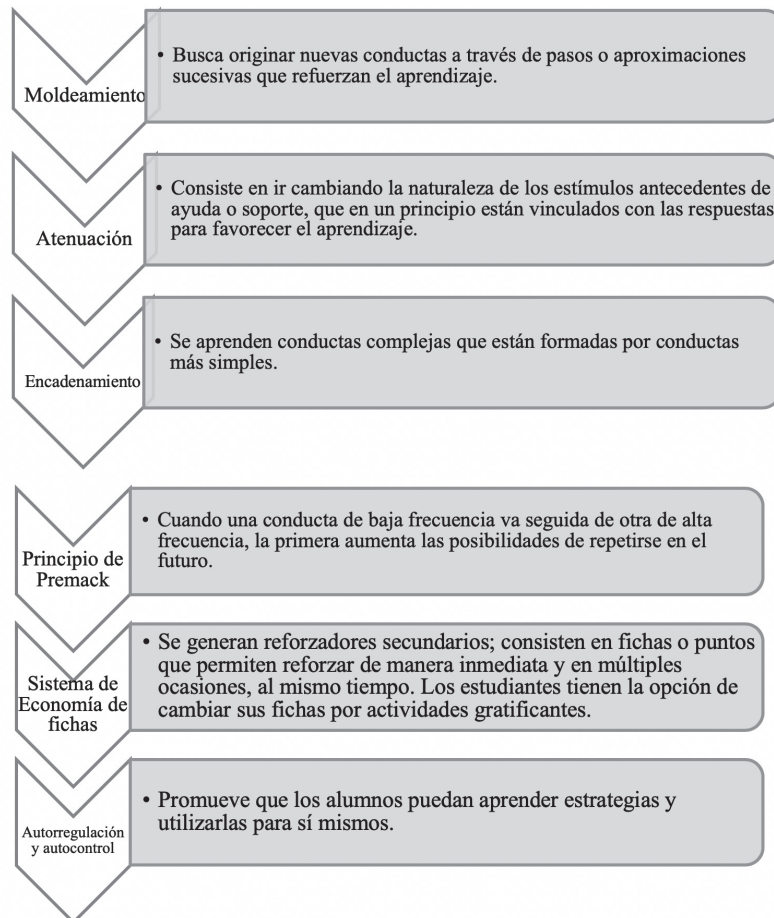
Por tanto, el aprendizaje es resultado de la práctica y el ejercicio repetido. Thorndike propuso las siguientes leyes sobre el aprendizaje:

Ley de efecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una conexión E-R se fortalece cuando está sobrevenida por una consecuencia aversiva.</li> </ul>
Ley del ejercicio (ley del uso y desuso)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las conexiones E-R se van fortaleciendo con base en el uso frecuente; del mismo modo, se debilitan con el desuso.</li> </ul>
Ley de la disposición	<ul style="list-style-type: none"> <li>El aprendizaje será eficaz únicamente en situaciones concretas.</li> <li>Las estructuras nerviosas que median en el establecimiento de conexiones E-R se disponen para dichas conexiones.</li> <li>La práctica forzada de una respuesta ante un estímulo es perjudicial.</li> </ul>

Cuadro 2. Leyes de aprendizaje Thorndike

## Modelo de condicionamiento operante de Skinner

Según Skinner, el aprendizaje se efectúa en función de las consecuencias. Junto con sus colaboradores, propone diferentes estrategias educativas vinculadas con técnicas de modificación de conducta, entre las que se encuentran:



Cuadro 3. Modelo de condicionamiento operante

Fuente: Elaboración propia

## Estilos de aprendizaje

Acorde con lo propuesto por Keefe (1988:40) (citado en Alonso, Gallego y Honey, 2007), “Los estilos de aprendizaje son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos, que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo los alumnos perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje” (Alonso, 2007).

Los estilos de aprendizaje son la manera en la cual los estímulos bases afectan la habilidad de una persona de absorber y retener la información, y de esta manera la persona aprende y se adapta al entorno.

Así, las personas utilizan sus propias estrategias para aprender, seleccionando sistemas de representación con los cuales perciben la información del medioambiente, ajustando un método propio para lo que desea aprender.

En este contexto, muchas instituciones han incorporado la identificación de estilos de aprendizaje en sus estudiantes, porque eso les permite diseñar estrategias de enseñanza más adecuadas para determinadas asignaturas, de acuerdo con los requerimientos del grupo.

Una de las quejas más frecuentes entre los profesores es que sus alumnos no aprenden al mismo ritmo y de la misma forma. Esta dificultad que manifiestan los profesores se debe, principalmente, a una falta de comprensión acerca de las diferencias que tiene cada alumno y, por consiguiente, de las formas en las cuales aprende.

Hay varios estilos de aprendizaje según diferentes autores y la forma de percibir y procesar la información; entre estos, tenemos:

Crterios de clasificación de los estilos de aprendizaje	Tipos de aprendices según los estilos de aprendizaje	Autores
Según las vías de percibir la información (canales de aprendizaje)	Auditivos, visuales, táctiles / kinestésicos	Reid (1984); Dunn and Prince (1989); O'Brien (1990); Oxford (1993); Kinsella (1993)
	Visuales, verbales	Felder & Henríquez (1995)
	Concretos, abstractos	Gregorc (1982); Kolb (1984); McCarthy (1987)
	Sensoriales, intuitivos	Jung (1971); Myers & Myers (1980); Myers & Mc Culley (1985); Laurence (1993); Felder & Henríquez (1995)
Según las formas de procesar la información	Dependientes, independientes	Witkin et al. (1971, 1976, 1977); Ramírez & Castañeda (1974); Hai-Benson (1987); Carter (1987); Scarcella (1990); Magolda (1991)
	Activos, reflexivos	Kolb (1976), (1984); Reid (1987); Mc Carty (1987); Johnson et al. (1991); Felder & Henríquez (1995)
	Globales, analíticos	Cawley, Miller & Milligan (1976); Smith (1982); Cranston & Nc Cort (1985); Schmeck (1988), Flannery (1991)
	Globales, secuenciales	Felder & Henríquez (1995)
	Causales, Secuenciales	Gregorc (1982)
	Con desarrollo del hemisferio izquierdo del cerebro/ Con desarrollo del hemisferio derecho del cerebro	Williams (1983), Kane (1984); Mc Carthy (1987); Kinsella y Esquerre (1993)
	Atomísticos, holísticos	Marton (1988)
	Serialísticos, holísticos	Pask (1988)
	Inductores, deductores	Glaser (1988); Lahti (1986); Ropo (1987); Felder & Henríquez (1995)

Cuadro 4: Estilos de aprendizaje

Fuente: Cabrera, 2009

Al profundizar más en las diferentes concepciones en el estudio de los estilos de aprendizaje, es evidente identificar cuatro modelos teóricos: los modelos de Rita y Keneth Dunn, D. Kolb, R. Schmeck y Linda VerLee Williams. El modelo propuesto por Rita y Keneth Dunn (1978, 1982 cit. por Orlich D., 1995), se distingue por prestar especial atención a lo que ellos dieran en llamar modalidades perceptuales, a través de las cuales se expresan las formas preferidas de los estudiantes para responder ante las tareas de aprendizaje, y que se concretan en tres estilos de aprendizaje: estilo visual, estilo auditivo y estilo táctil o kinestésico (Cabrera, 2009).

## Modelos más representativos

### 1. Modelo de Maslow

De acuerdo con la jerarquía de las necesidades propuestas por Maslow, señala que las necesidades de los niveles inferiores deben satisfacerse antes que las de los niveles superiores. En este sentido, Winebrenner (2007) señala que:

Los bebés aprenden cuando sus necesidades fisiológicas están cubiertas. Los niños en los primeros años escolares aprenden cuando sus necesidades psicológicas y de seguridad están satisfechas. Los adolescentes aprenden cuando sus necesidades psicológicas, de seguridad y de pertenencia están satisfechas. Los adultos aprenden cuando sus necesidades psicológicas, de seguridad, de pertenencia y de autoestima están satisfechas (p. 61).

En un salón de clases, los estudiantes pueden ser susceptibles al tacto y al movimiento muscular. Al insistir en que adopten una posición inmóvil por mucho tiempo, en algún momento sentirán la necesidad de moverse. Al ignorar estas necesidades, provocaremos en ellos estrés y perderán el interés en aprender.

## 2. Modelo de los hemisferios cerebrales de Hermann

Este modelo, propuesto en 1989 por Ned Hermann, señala que:

- En el hemisferio izquierdo se localizan los cuadrantes A, encargados del pensamiento lógico, analítico, crítico, matemático.
- El cuadrante B es organizado, planificado, detallado, controlado, encargado del pensamiento secuencial.
- En el hemisferio derecho están los cuadrantes C, referidos a lo emocional, sensorial, humanístico, interpersonal, espiritual.
- En el cuadrante D, el pensamiento conceptual, integrador, global, sintético, creativo, artístico, visual, metafórico.

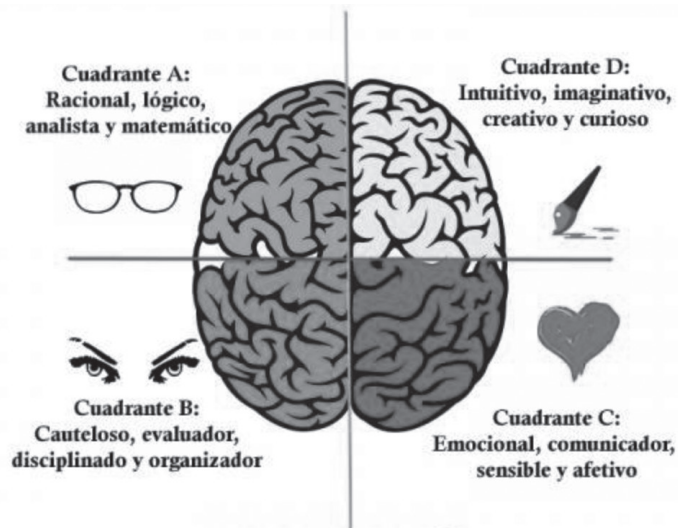


Figura 12: Modelo de Hermann

Fuente: <http://bit.ly/2ZB3Tyj>

## 3. Modelo de Kolb

Este modelo está basado en el análisis de experiencias, para lo cual partimos de experiencias directas o de experiencias abstractas. Estas se transforman en conocimiento cuando reflexionamos y experimentamos con la información recibida.

En este modelo, es importante la forma en la que las personas perciben y procesan lo que perciben.

## 4. Modelo de Felder y Silverman

Este modelo clasifica los estilos de aprendizaje en cinco dimensiones:

**Sensitivos-intuitivos.** El individuo recibe información externa mediante sensaciones físicas y, al mismo tiempo, información interna de memorias y experiencias.

**Visuales-verbales.** El individuo recibe información de cuadros o diagramas, y de sonidos o expresiones orales.

**Inductivos-deductivos.** El individuo entiende de mejor manera la información organizada.

**Secuenciales-globales.** El individuo requiere procesos secuenciales.

**Activos-reflexivos.** El individuo procesa información mediante tareas activas, a través de actividades físicas, discusiones y la reflexión.

## 5. Modelo de programación neurolingüística de Bandler y Grinder

Este modelo se conoce como visual-auditivo-kinestético. Organiza los estilos de aprendizaje alrededor de estos sistemas que utilizamos todos para representar mentalmente la información que recibimos:

El individuo visual es aquel que aprende leyendo o mirando información.

El individuo auditivo aprende mejor al recibir explicaciones orales, y explicando de manera oral el contenido.

El individuo kinestético relaciona la información recibida con sensaciones y movimientos del cuerpo; aprende mejor hacien-

do cosas físicas, como experimentos, movimientos y manipulando objetos.

**6. Modelo de las Inteligencias Múltiples de Gardner:** propone que los seres humanos tienen diferentes tipos de inteligencias para aprender.

### Dificultades de aprendizaje

Durante la edad escolar, es frecuente encontrar niños que presentan alguna dificultad tanto al escribir, como al leer o pronunciar palabras. Muchos presentan dificultad en comprender el cálculo matemático y, algo muy frecuente, en concentrarse. Esto en el aula de clase es muy usual; sin embargo, en muchas instituciones se convierte en una limitante al momento de avanzar en el contenido programado por el docente; y, por otra parte, los niños que presentan estas dificultades se convierten en el centro de burlas por parte de sus compañeros y, en ocasiones, también de sus profesores.

En las escuelas fiscales, esta situación ocurre sin que se pueda dar una solución adecuada, debido a la cantidad de estudiantes por aula.

Al no ser diagnosticado de manera oportuna y adecuada, provocará incidentes en los niños que presentan estas dificultades, ya que la expresión oral y escrita deben ser adquiridos en los primeros niveles de educación.

La forma como se pueden evaluar los procesos cognitivos es mediante el lenguaje. Conforme el niño avanza en edad, la comprensión de los enunciados verbales se vuelve adecuada. Un trastorno en el desarrollo del lenguaje significa una dificultad, tropiezo y obstáculo para la comunicación oral y escrita, al reconocer que el lenguaje es un instrumento de cognición y comunicación (Roméu, 2017). En la educación inicial, el lenguaje constituye para el niño el poder acceder al acervo cultural y, por lo tanto, tener un desarrollo personal y social

adecuado; en la educación elemental, la función del profesor será el perfeccionamiento de la lengua (Rodríguez, 2010).

Las dificultades de aprendizaje, por lo tanto, se definen como “una determinada dificultad dentro de un área de aprendizaje en un niño que rinde satisfactoriamente en otras áreas” (Worthington, 2003)(citado por (Hudson, 2017, p. 14). Estos problemas se pueden presentar en varios miembros de la familia; se presentan en cualquier estrato social y económico.

Las causas que interfieren en el aprendizaje son variadas. Pueden ser ocasionadas no solamente por problemas emocionales, sino cognitivos, sensoriales o específicos que pueden dar como resultado la pérdida del año escolar.

Para conocer qué área del aprendizaje necesita superar el niño, es necesario hacer una valoración psicopedagógica completa.

El diagnóstico de las dificultades de aprendizaje radica en la adecuada exploración y análisis para descubrir errores en los estudiantes; de esta manera, se pueden determinar las dificultades, la gravedad de las mismas y, por consiguiente, los factores subyacentes.

### Origen de las dificultades de aprendizaje

Las dificultades aprendizaje pueden presentar una variedad de causas de origen, entre estas podemos tener:

- La herencia: algunos trastornos del lenguaje y de la lectura se dan tanto en los padres como en los hijos.
- Los déficits orgánicos: las alteraciones dadas en el sistema nervioso central (SNC) o en déficits causados por factores tanto genéticos como ambientales.
- Los déficits cognitivos: las anomalías perceptivas y motoras en el sujeto pueden provocar que este procese de manera inadecuada la información que recibe y, por tanto, las nuevas estructuras de conocimiento.

- Los problemas alimenticios o bioquímicos: el sistema nervioso puede verse afectado por lesiones o factores prenatales, perinatales o posnatales; pueden ser producidos por influencia de alergias, problemas tiroideos, disfunciones de la hipófisis.
- El sistema educativo: se pueden encontrar varias diferencias en los recursos educativos que posee cada institución, tanto a nivel local como de diferentes países. Dentro de un mismo país, se evidencian claras diferencias en las oportunidades educativas de acuerdo con la región, ciudad e, incluso, barrio. Los recursos económicos, humanos y materiales son distribuidos de diferente manera en cada uno de estos sectores, y esto provoca que el proceso de enseñanza en cada institución sea diferente; por tanto, se pone en ventaja a determinados estudiantes, sobre todo en sistemas de educación en los cuales los recursos son variados y les proveen de mayor estimulación y diversidad de formas de aprendizaje.
- Debido a esto, en ocasiones se ha evidenciado que niños que son cambiados de una institución a otra, a mediados de un curso, presentan dificultades. Lo más frecuente suele ser un atraso en algunos contenidos o adelanto en otras materias. Esto se debe, principalmente, a la forma en que cada docente estructura sus clases.
- Las características socioculturales y familiares: la convivencia de diferentes culturas y estatus sociales. Se evidencia una mayor incidencia de casos de dificultades de aprendizaje entre grupos marginados o de niveles socioeconómicos bajos o muy bajos. La carencia de estímulos y experiencias educativas no permite un desarrollo completo del sujeto y de sus habilidades. En niños que han ingresado a instituciones de educación o estimulación temprana, se advierte un adelanto en su desarrollo, mientras que aquellos niños que han ingresado al sistema de

educación a la edad establecida les toma más tiempo el proceso de adaptación al sistema escolar y, por tanto, es posible que se presenten dificultades no solo en su aprendizaje sino también en la socialización. Los niños cuyos padres están en una posición económica más favorable recibirán mayor estimulación en su proceso de aprendizaje. En el caso de que los niños sean detectados con dificultades específicas de aprendizaje, sus padres estarán en capacidad de pagar tutores privados, mientras que en el caso de niños con escasos recursos económicos no recibirán la misma atención particular.

Las dificultades de aprendizaje que pueden presentar los niños y adolescentes pueden variar. Las más frecuentes son::

- Dislexia
- Inmadurez visomotriz
- Discalculia
- Disgrafía
- Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad (TDAH)
- Trastornos del Espectro Autista (TEA) como el Síndrome de Asperger

### La dislexia

La dislexia es un trastorno de aprendizaje en el cual un niño presenta muchas dificultades para leer y escribir. La dislexia es una condición de por vida que dificulta leer.

Los niños con dislexia, a menudo, tienen dificultades con habilidades básicas del lenguaje, como el reconocimiento de los sonidos similares en las palabras y la asociación de los sonidos de las letras con los símbolos (como la letra c con el sonido se).

Otro de los problemas es la combinación de sonidos para formar palabras. Eso puede dificultar la pronunciación o “decodificación” de palabras.

Los niños con dislexia también pueden presentar problemas para entender lo que leen. La dislexia puede dificultar que la lectura se realice de forma automática o aparentemente sin esfuerzo.

Algunas de las señales de la dislexia son:

- Confusión al pronunciar palabras y frases, como decir “Grabiél está en periglo”, en lugar de “Gabriel está en peligro”.
- Dificultad para leer en voz alta con el tono apropiado y la agrupación adecuada de palabras y frases.
- Problemas para escribir o copiar letras, números y símbolos en el orden correcto.

### Inmadurez visomotriz

La integración visomotriz se refiere a la capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo. Los niños que presentan problemas en esta área suelen tener dificultades para escribir, así como para otras actividades manuales, como dibujar. Muchos especialistas se refieren a estas habilidades como “grafomotricidad”. Para un niño con problemas de tipo visomotriz, es más complicado copiar de la pizarra y en forma precisa. Esta tarea le demanda más atención que a sus compañeros y suelen demorarse más tiempo en realizarla, lo cual causa demora al resto del grupo que no puede avanzar en el contenido.

Del mismo modo, puede tener dificultades al alinear los números para resolver problemas de matemáticas, por ejemplo:

Al momento de organizar cantidades un niño con dificultad no va a alinearlos correctamente.

Manera correcta

Trecientos	veinte,
cuarenta y siete,	seis:
C D U	
3 2 0	
4 7	
6	

Cuadro 5. Dificultad al ordenar

Fuente: Autor

Manera incorrecta

Trecientos	veinte,
cuarenta y siete,	seis:
C D U	
3 2 0	
4 7	
6	

Cuadro 6. Manera correcta

Fuente: Autor

Otra de las dificultades al momento de copiar de la pizarra es mantener una buena postura para tener una buena visión, e incluso tomar el lápiz adecuadamente para escribir.

### Disgrafía y discalculia

La disgrafía es la dificultad para escribir, ya sea como resultado de la dislexia, una coordinación motora deficiente, o de problemas para entender el espacio. La forma en que el problema se manifieste dependerá de la causa. Por ejemplo, un informe o tarea presentado por un estudiante con dislexia tendrá muchas palabras ilegibles. Asimismo, el niño tendrá problemas para organizar y expresar sus ideas por escrito.

Por otro lado, la discalculia se refiere a la dificultad para realizar cálculos matemáticos. Si bien las matemáticas suelen causar problemas a muchos estudiantes, la discalculia ocasiona que no comprendan incluso conceptos básicos relacionados con los números, o que tengan problemas utilizando los símbolos y funciones necesarias en matemáticas.

Entre las causas de la discalculia, se encuentran:

1. Predisponentes: se deben a inmadurez neurológica; las funciones que pueden verse afectadas son sensopercepciones, atención, memoria, psicomotricidad, lateralidad, orientación espacial, esquema corporal.

2. Coadyuvantes: pueden ser lingüísticas, pues se da una aparición tardía del lenguaje; psiquiátricas o psicógenas causadas por estados emocionales; genéticas, causadas por herencia de los padres o familiares directos.
3. Determinantes: son las pedagógicas, el uso inadecuado de estrategias en el proceso de enseñanza de matemáticas por parte de los docentes.

### **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).**

Es un trastorno de carácter neurobiológico que se origina en la infancia. Implica un patrón de déficit de atención. Se presenta actividad motora elevada, impulsividad, que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos.

Este trastorno ocasiona serios problemas en el control ejecutivo del comportamiento, que afecta los procesos y las funciones ejecutivas directamente implicadas en las tareas de enseñanza y aprendizaje (EA) y en la adaptación familiar, escolar y social (Valdés, 2015).

Debido a las repercusiones que este acarrea a largo plazo, puede presentar fracaso escolar, lo que puede conllevar al abandono escolar y, por consiguiente, a conductas conflictivas con resultados preocupantes durante la adolescencia. En ocasiones, los padres no disponen de la información adecuada sobre esta condición. Ello provoca el desconocimiento de los docentes, quienes, en muchas ocasiones, ven como una alternativa excluir a los niños de algunas actividades, por considerarlos molestos o malcriados sin comprender su condición.

Las causas se desconocen; sin embargo, diversos estudios indican que tiene un carácter hereditario (Barkley, 1999). Del mismo modo, los factores socioambientales pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas y en el aumento de riesgo de presentar problemas asociados como: emocionales, conductas inadecuadas, dificultades de aprendizaje, etc. (Valdés, 2015).

El TDAH no es causado por alergias alimentarias, problemas familiares, una pobre educación, malos profesores o escuelas inefectivas (Mena, 2006).

Los sujetos con este trastorno no prestan atención a los detalles, cometen errores por descuido en tareas escolares o en trabajos. Sus trabajos los presentan sucios. Presentan dificultad para mantener la atención tanto en actividades escolares como lúdicas. Por ello, entregan tareas sin finalizarlas. Sus tareas son interrumpidas por cualquier ruido o estímulo irrelevante.

Es fundamental, para el diagnóstico de TDAH, que el niño presente algunas de las siguientes conductas:

- Inquietud con las manos y los pies; no puede quedarse quieto.
- No permanece sentado en su lugar; se levanta de manera frecuente.
- Está activo en situaciones en las que es inapropiado.
- Presenta dificultad en hacer cosas en forma tranquila.
- Habla de manera excesiva.
- Tiene más energía de lo normal.
- No espera su turno, interrumpe de manera frecuente.
- Su falta de atención se refleja en no dar atención a detalles de los trabajos en la escuela y otras actividades.
- Dificultad para organizarse, pierde sus materiales.
- Olvida actividades diarias (Mena, 2006).

### **Necesidades educativas especiales**

Las necesidades educativas especiales son las demandas que presenta un niño de una atención diferenciada, con estrategias de enseñanza aprendizaje variadas, que se dan durante su escolarización, de manera que pueda acceder a los aprendizajes de acuerdo con su edad, y se puedan compensar dichas necesidades.

Wernicke (1978) definió que un alumno tiene necesidades educativas especiales cuando presenta problemas para acceder a los aprendizajes formulados para alumnos de su misma edad y, al mismo tiempo, necesita en algún momento de su escolaridad de una mayor provisión de recursos o atención que los otros alumnos.

## Discapacidades

La discapacidad se define como una deficiencia física, mental o sensorial, que puede ser permanente o temporal, y limita la capacidad de ejercer una o varias actividades de la vida diaria.

## Tipos de discapacidades

### Discapacidad auditiva

Esta discapacidad no permite escuchar el mensaje de manera correcta, o la intensidad está disminuida.

Las causas se deben a enfermedades infecciosas padecidas por la madre durante el embarazo. Durante el período posnatal, el infante puede adquirir esa discapacidad debido a enfermedades como sarampión, viruela, meningitis, infección en el oído, encefalitis, fiebres elevadas, daño físico en el cabeza o el área del oído, ruido excesivo o infecciones repetitivas en el canal auditivo.

Esta discapacidad se puede clasificar de acuerdo con el lugar en el que se localiza la lesión:

- Pérdida conductiva: producida por una disfunción del oído externo o del oído medio; se puede corregir mediante un procedimiento médico o quirúrgico.
- Pérdida neurosensorial: se produce por una lesión del oído interno a nivel coclear o del nervio auditivo.
- Pérdida mixta: se da una pérdida conductiva y neurosensorial.

- Sordera: es la pérdida total de la audición que puede ser en grado severo y profundo, en cuyo caso requiere aprender lenguaje de señas o lectura labio focal; en el caso del grado severo requiere rehabilitación o educación especial.
- Hipoacusia: es una disminución de la audición en la cual las personas escuchan sonidos del medio ambiente; las personas manifiestan problemas en su articulación y atención. En el grado moderado tienen afectada la recepción del mensaje, discriminación y comprensión en medios ruidosos, en cuyo caso deben utilizar un audífono.

### Discapacidad en la memoria y el procesamiento auditivo

Este tipo de discapacidades se refieren a la dificultad para comprender y recordar palabras y sonidos. En estos casos, es posible que un estudiante escuche normalmente, pero no logra recordar partes importantes, porque su memoria no está almacenando ni descifrando esta información correctamente.

En el caso de trastornos en el sistema auditivo central, el niño o adolescente puede tener problemas cuando escuche palabras complejas, frases muy largas, dichas rápidamente o con un ruido de fondo. Sonidos tan habituales como el zumbido de un ventilador o el ruido normal de una clase también afectarán su aprendizaje.

### Discapacidad visual

La discapacidad visual es un trastorno que provoca dificultades en el proceso de percepción de los objetos del entorno. Puede ser consecuencia de enfermedades oculares, como aumento de presión en el ojo, falta de vitamina A, enfermedades de la madre durante el embarazo, accidentes o heridas en el ojo, meningitis o daño cerebral severo.

De acuerdo con los niveles de deterioro visual, pueden ser:

- Ceguera: carencia de visión o solo percepción de luz.
- Discapacidad visual profunda: presenta una dificultad de

realizar tareas visuales gruesas, ya que requieren mayor detalle.

- Discapacidad visual severa: permite realizar tareas visuales con algo de inexactitud.
- Discapacidad visual moderada: permite realizar tareas visuales con el empleo de iluminación adecuada.

## Discapacidad intelectual

Se caracteriza porque la persona no aprende tan rápido, no recuerda las cosas de la misma manera que otras personas de su misma edad, y esto provoca que su capacidad de relacionarse con otros se altere.

Las personas con discapacidad intelectual presentan un coeficiente intelectual inferior a 70.

Las causas pueden ser originadas antes, durante y después del nacimiento. Entre estas causas tenemos:

- Infecciones maternas, toxinas ingeridas por la madre durante el embarazo, enfermedades genéticas, como el Síndrome Down.
- Defectos en la formación del tubo neural
- Desnutrición de la madre
- Anoxia (falta de oxígeno al cerebro)
- Golpes durante el nacimiento
- Meningitis
- Encefalitis
- Desnutrición

Las dificultades se manifiestan en la adquisición y uso del conocimiento, dificultad para aprender y aplicar destrezas, retraso en las destrezas del lenguaje tanto expresivo como receptivo, poca motivación o incapacidad para completar tareas, dificultades sociales, problemas de memoria.

## Discapacidad física

Esta discapacidad se evidencia en las personas con problemas de locomoción, debido a la falta de uno o varios de sus miembros del cuerpo o mutilación; pueden ser brazos o piernas.

Puede deberse a enfermedades, como poliomielitis, o de la columna vertebral, accidentes, amputaciones, parálisis cerebral o traumatismo a causa de infecciones.

## Trastornos generalizados del desarrollo

Los trastornos generalizados del desarrollo o TGD se refieren a un grupo de trastornos que se caracterizan por retrasos en el desarrollo de las aptitudes de socialización y comunicación. Estos se observan en la primera infancia y suelen comenzar antes de los tres años de edad.

Entre los síntomas presentes, se puede identificar dificultad para comprender el lenguaje, relacionarse con las personas, sucesos y objetos. Se presentan dificultades con los cambios en las rutinas, movimientos estereotipados y patrones conductuales repetitivos.

Dentro de estos se encuentran:

- Trastorno de espectro autista
- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil

## Trastorno de espectro autista

El autismo es un trastorno neurobiológico que se manifiesta durante los primeros tres años de vida y perdura a lo largo de toda la vida. Está caracterizado por alteraciones en el desarrollo del lenguaje verbal y no verbal; la socialización está afectada, presenta intereses restringidos y conductas repetitivas. El diagnóstico clínico está basado en las manifestaciones conductuales. Los niños con autismo permanecen aislados, desinteresados con poca inte-

racción con los pares, no muestran interés en el juego simbólico imaginativo; no reconocen expresiones faciales y muestran pocos gestos expresivos.

### **Síndrome de Rett**

Es un trastorno del neurodesarrollo infantil, que se caracteriza por un desarrollo normal en los primeros meses de vida y, posteriormente, hay una pérdida del uso voluntario de las manos y movimientos. Se produce un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza; presenta dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. Suele afectar a niñas.

Los niños que presentan síndrome de Rett suelen presentar comportamientos autistas en las primeras etapas.

### **Trastorno desintegrativo infantil**

Es un trastorno caracterizado por la regresión del niño en múltiples áreas de su desempeño. En los primeros dos años presenta un desarrollo normal y, posteriormente, comienza a experimentar una desintegración de habilidades motoras, lingüísticas, sociales y del comportamiento.

### **Inclusión educativa**

La inclusión a nivel educativo involucra la participación de todos los estudiantes en escuelas públicas, sin importar cuál sea su género, etnicidad, estatus económico, religión, discapacidad u orientación sexual. A nivel educativo, la mayor inquietud corresponde a la inclusión de estudiantes con necesidades educativas especiales.

La inclusión educativa surge en 1760, cuando se funda la Academia Thomas Braidwood para Sordos en el Reino Unido. En 1978, se publicó el informe Warnock Report sobre la oferta educativa para niños y jóvenes discapacitados. Esta guía contiene una política de integración en la educación del Reino Unido.

De acuerdo con la ley de 1981, los niños con necesidades educativas especiales deberían integrarse a una escuela pública, siempre y cuando pudieran recibir la oferta educativa que requerían, sus padres brindaran apoyo a esa escuela y su integración no interrumpa la educación de otros (Cline, Gulliford y Birch, 2018).

Entre 1980 e inicios de 1990, surgió una distinción entre integración, referida como la incorporación o transversalidad; e inclusión, en la cual la integración tiene una tendencia en términos de la adaptación de los alumnos o recibiendo apoyo adicional para “encajar” con la corriente popular de la educación. La inclusión hace énfasis en la necesidad de que las escuelas se adapten, de manera que aporten mejores condiciones para satisfacer las necesidades de todos los alumnos.

La declaración de Salamanca, firmada por 92 países en 1994, aprobó una política y práctica para las necesidades educativas especiales y un Marco de Acción, con la finalidad de alcanzar una educación para todos.

La Legislación ecuatoriana promueve la educación y la inclusión social; esto, enmarcado en aspectos legales.

Por una parte, se encuentra el Plan decenal de Educación, la Ley Orgánica de Educación Intercultural y el Reglamento de Educación Especial.

La finalidad de esto es que todos los niños, niñas y adolescentes tengan acceso a la educación en todos los niveles, ofreciéndoles un conjunto de recursos humanos, técnicos y pedagógicos para desarrollar y potenciar procesos educativos que permitan una educación de calidad.

La inclusión comprende un amplio trabajo multidisciplinario, que involucra al psicólogo educativo, a padres y maestros.

### **Problemas frecuentes en el aula**

La interacción entre compañeros de aula, y con el docente influyen de manera significativa en el proceso de aprendizaje y la evaluación. El clima en el aula puede proveer de situaciones positivas que motiven el desarrollo de actividades por parte del grupo; al mismo tiempo, la

relación entre docente y estudiantes adquiere importancia y permite un desarrollo adecuado de los miembros del aula.

El cambio en las relaciones entre pares puede, en ocasiones, convertirse en una dificultad al momento de conseguir los objetivos educativos.

El aprendizaje escolar tiene un carácter social. Los factores sociales que favorecen el desarrollo de la personalidad del alumno (aspectos como el autoconcepto y habilidades sociales), contribuyen a que el alumno participe de manera activa en la vida social y cultural.

Los aspectos en los que incide la interacción entre pares son:

- a) Socialización y adquisición de las habilidades sociales. Las primeras adquisiciones en el proceso de socialización se realizan al interior de la familia. Estas ayudan al desarrollo de sociabilidad en la escuela; más tarde, la escuela contribuye al desarrollo de socialización del niño, y la adquisición de habilidades sociales durante la etapa de la pre y la adolescencia. Las habilidades sociales que adquieren les permiten tener una comunicación efectiva, establecer relaciones interpersonales adecuadas. De esta manera, desarrollan la capacidad de expresar emociones, sentimientos y pensamientos a otros de manera asertiva, desarrollan tolerancia, les permite tomar decisiones y resolver problemas acordes con el contexto y la situación.
- b) Autocontrol y control de la agresividad. El alumno aprende a controlar sus impulsos y afectos.
- c) Autoestima. El autoconcepto se va formando a partir de la influencia de otras personas a quienes el alumno considera significativas. Estas pueden ser sus padres, profesores o compañeros. El proceso de comparación social con los demás es importante, pues proporciona al alumno una referencia adecuada para juzgar por comparación su propia eficacia (Bandura, 1981).

- d) Adquisición de una perspectiva social. Se relaciona con la superación del egocentrismo y la relativización de los propios puntos de vista. Esto le permite adoptar y comprender los puntos de vista de los demás. De esta manera, entiende y pone en marcha diversas habilidades sociales.
- e) Mejora del rendimiento académico. Las formas de aprendizaje que fomentan las interacciones entre los alumnos llevan a mejores resultados que se evidencian en un mayor rendimiento académico. La causa de este hecho puede estar en que el tipo de aprendizaje es constructivo.

### Acoso escolar

El acoso escolar, denominado por Dan Olweus como *bullying*, lo describe como algo más que una simple agresión. El acoso escolar incluye conductas de maltrato tanto físico, como verbal, emocional, sexual, que se repiten por un tiempo prolongado. En este, se evidencia una relación de desequilibrio de fuerza o poder entre el acosador y la víctima, en la cual se tiene la intención de causar daño y la víctima se siente incapaz de repeler el ataque.

El *bullying* es un término que ha sido utilizado en los últimos años y que ha tomado diferentes formas; una de estas, el *cyberbullying*.

Olweus (2004) lo define de manera general, así: “Es cuando un estudiante está siendo acosado o victimizado; expuesto repetidamente en el tiempo, a acciones negativas por parte de uno o más estudiantes”.

En este sentido, ya no es solo uno quien se convierte en agresor; y las formas en las que se manifiesta el modo de agresión van desde burlas, malos tratos, uso de sobrenombres e, incluso, golpes. En la actualidad, se han observado diversas formas de maltrato, entre estas, el acoso en redes sociales, el envío de mensajes de texto, videos, y otras formas para intimidar.

En varias instituciones educativas se han constatado estas prácticas, sin que haya un control adecuado y oportuno. En Ecuador,

se han encontrado situaciones en las cuales las víctimas han sufrido daños irreparables e, incluso, la muerte.

Existen varias teorías que explican la violencia; sin embargo, es importante evitar su propagación en los entornos escolares, debido al daño a corto y largo plazo que causan, no únicamente a la víctima, sino también a su entorno familiar.

En las instituciones escolares, a pesar de existir un reglamento del Ministerio de Educación y otro interno, son pocas las autoridades e instituciones que actúan de manera efectiva ante casos de acoso escolar.

En el año 2013, Plan Internacional, en coordinación con Cartoon Network y la colaboración de otras entidades –entre estas, el Ministerio de Educación– pusieron en marcha la campaña “Basta de Bullying. No te quedes callado”. La iniciativa busca que niños, niñas y adolescentes comprendan de qué se trata el *bullying*, *cyberbullying*, y cómo actuar cuando son testigos de estas acciones, para desarrollar soluciones pertinentes. Sin embargo, en algunas instituciones no ha disminuido el número de casos.

Como efecto de ello, un importante número de estudiantes se ha visto en la necesidad de cambiarse de institución para evitar el acoso de sus compañeros.

Ante esto, se vuelve fundamental generar un compromiso de toda la comunidad educativa, para precautelar la integridad de los estudiantes, y para reconocer oportunamente actos que atenten contra el correcto desarrollo de sus estudiantes. Del mismo modo, es importante trabajar, de manera conjunta, con padres y estudiantes en el correcto manejo y la resolución de conflictos familiares que pueden afectar al estudiante y provocar, a su vez, agresiones en la institución.

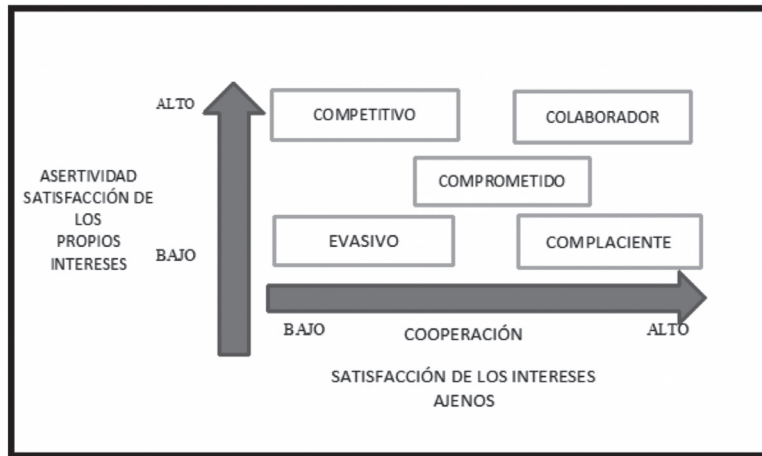
### Manejo de los problemas en el aula

Como se ha visto, los conflictos de aula son una de las situaciones más frecuentes y la dinámica de trabajo en el aula; pueden retrasar el trabajo programado e, incluso, provocar que los departamentos de consejería estudiantil se saturen con quejas cada vez más frecuentes sobre el mal comportamiento de algunos estudiantes.

Los conflictos surgen debido a la incompatibilidad de distintas instancias entre los estudiantes, sus creencias y personalidad. Por esto, se vuelve importante distinguir si una situación puede convertirse en un eventual conflicto, o si puede resolverse de manera adecuada dentro del aula.

Thomas y Kilmann (2008, p. 2) plantean distintos modos de manejar los conflictos. Estos pueden aplicarse de manera oportuna y evitar malestar en el aula.

- El modo competidor: es asertivo y no cooperativo, se orienta hacia el poder; en este modo, el individuo procura satisfacer sus propios intereses a expensas de los de la persona; emplea cualquier medio para que su postura gane.
- El modo colaborador: es asertivo y cooperativo; al colaborar, el individuo intenta trabajar con la otra persona para encontrar una solución que satisfaga de manera plena los objetivos de ambos; este busca analizar el asunto para identificar los intereses de los dos individuos y encontrar una alternativa.
- El modo de compromiso: el objetivo de este es hallar una solución de forma oportuna y aceptada mutuamente. En este se otorga más, pero es menos complaciente.
- El modo de eludir: al evadir, el individuo no persigue sus intereses ni los de la otra persona; no habla del conflicto. De esta manera, un asunto conflictivo es aplazado de manera diplomática; se aparta la situación amenazadora.
- El modo complaciente: deja a un lado los intereses propios para satisfacer a la otra persona. En este caso, hay un elemento de autosacrificio: el individuo puede ser generoso o altruista, obedecer las órdenes de la otra persona cuando preferiría no hacerlo.



Cuadro 7. Modelo de manejo de solución de problemas, Thomas y Kilman

Fuente: Elaboración propia

Es importante emplear formas adecuadas para resolver problemas en el aula, en los cuales se evidencie el respeto a las diferentes opiniones de los miembros del grupo y no se vulneren derechos. De esta manera, se pueden disminuir los conflictos y, al mismo tiempo, aprender de ellos y mejorar la capacidad de las personas para solucionar potenciales conflictos.

## Discusión y conclusiones

El capítulo ha tratado los temas más importantes concernientes a la psicología educativa, especialmente, los procesos de aprendizaje. Es sustancial reconocer las dificultades de aprendizaje y cómo estas afectan al desarrollo de los estudiantes, debido a que influyen tanto en el área académica, como en el área social.

Se ha puesto énfasis en los estilos de aprendizaje, a fin de no cometer el error de etiquetar a los estudiantes en función de sus errores, sino con la finalidad de comprender y desarrollar sus capacidades.

De igual manera, las discapacidades deben ser identificadas con el propósito de proveer en los estudiantes de los recursos adecuados para su desarrollo integral e inclusivo, mas no en función de aislarlos o desvincularlos de las actividades habituales.

Es aconsejable que las instituciones educativas proporcionen capacitación continua a los docentes sobre manejo del aula y resolución de conflictos, de manera que el número de casos de maltrato o acoso escolar disminuyan.

## Referencias

- Alonso, C. (2007). *Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora*. España: Ediciones Mensajero.
- Cabrera, J. S. (2009). *La comprensión del aprendizaje desde la perspectiva de los estilos de aprendizaje*. Cuba.
- Castejón, J. L. (2013). En *Psicología de la educación* (p. 145).
- Cline, T, Gulliford, A, & Birch, S. (2018). *Psicología educativa*. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com>
- Gardner, H. (2005). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. México: Paidós.
- Gardner, H. (2008). *Multiple Intelligences: New Horizons in Theory and Practice*. Hachette UK.
- Guilford., J. (1967). *The Nature of Human Intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., & Romero , B. (2006). *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores*. Barcelona.
- Hudson, D. (2017). *Dificultades específicas de aprendizaje y otros trastornos: Guía básica para docentes*. Madrid: Narcea Ediciones
- Olweus, D. (2004). *Bullying at School*. Australia: Blackwell.
- Pérez, N. (2013). Inteligencia y Aprendizaje. En J. L. Castejón, *Psicología de la educación*. Club Universitario, p. 13.
- Rodríguez, X. (2010). Obtenido de los retardos del lenguaje en la educación infantil. Su caracterización e intervención logopédica. Material de apoyo a la docencia. UCP "Enrique José Varona".
- Roméu, A. (1 de mayo de 2017). *El enfoque cognitivo, comunicativo y sociocultural*. Recuperado de [https://issuu.com/hansmejia-guerrero/docs/el\\_enfoque\\_cognitivo\\_\\_comunicativo\\_](https://issuu.com/hansmejia-guerrero/docs/el_enfoque_cognitivo__comunicativo_)

Sanchez, L., & Andrade, R. (2014). *Inteligencias múltiples y estilos de aprendizaje*. México.

Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (2002). *Instrumento Thomas - Kilmann de Modos de Conflicto*.

## Glosario de términos

**Aprendizaje:** adquisición del conocimiento de algo por medio del estudio, el ejercicio o la experiencia, en especial de los conocimientos necesarios para aprender algún arte u oficio.

**Atenuación:** elimina características de estímulos discriminativos especiales.

**Inclusión educativa:** proceso de identificar y responder a la diversidad de necesidades de los estudiantes, a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación.

**Interpersonal:** término para mencionar el conjunto de relaciones humanas que se llevan a cabo entre las personas.

**Inteligencia:** es la capacidad o facultad de entender, razonar, saber, aprender y de resolver problemas.

**Intrapersonal:** es un término que hace referencia a la conciencia que tiene un individuo de sus capacidades y limitaciones, la capacidad de ver con realismo quiénes somos, cómo somos y qué queremos.

**Factor G:** es el factor general de inteligencia, desarrollado en investigaciones psicométricas.

**Kinestésico:** es el aprendizaje por medio de las sensaciones. El sentido predominante es el tacto; por lo tanto, se tiene la capacidad de usar todo el cuerpo para expresar ideas y sentimientos.

**Metacomponentes:** proceso de control, utilizado en la realización y toma de decisiones a través de identificar las tareas.

**Neurodesarrollo:** es un proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio, que da como resultado la madura-

ción orgánica y funcional del sistema nervioso y el desarrollo de las funciones psíquicas.

**Psicometría:** medición de las funciones mentales en general y de las características psíquicas de los individuos en particular.

**Psicógeno:** adjetivo que designa todo aquello que tiene una causa o un origen psíquico o psicológico y no orgánico.

**Pensamiento convergente:** es aquel que encuentra una solución lógica para enfrentar problemas de naturaleza científica.

**Pensamiento divergente:** es un proceso de pensamiento que genera ideas creativas mediante la exploración de muchas posibles soluciones.



## Capítulo V

# Fundamentos de Neurobiología para el Psicólogo

Fundamentals of Neurobiology for the  
Psychologist

**Dr. Carlos Mariño Tamayo**  
**Ph.D. Carlos Ramos Galarza**





### **Dr. Carlos Mariño Tamayo**

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Central del Ecuador. Máster en Tecnología para la gestión y práctica docente por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Diplomado Superior por la Universidad Andina Simón Bolívar en estudios de salud y terapias integrativas. Ha trabajado en la práctica de la Medicina por más de 35 años, tanto a nivel asistencial como en el ámbito privado. Colaboró en la creación de la Fundación Ecuatoriana de Esclerosis Múltiple (FUNDEM) núcleo de Quito. Fundador del Centro de Salud N.º 3 de la ciudad de Ambato, Jesús del Gran Poder.

Su experiencia docente inicia como asesor en temas de salud para YABT (Young American Business Trust) en diversos proyectos a nivel nacional. Médico y docente del Colegio Diez de Agosto Quito. Docente invitado por algunas casas farmacéuticas para la formación del personal de visitadores a médicos. Fue docente de la Universidad de las Américas en las asignaturas de Morfofunción para la Facultad de Psicología. Actualmente, labora como docente de tiempo completo a cargo del área biológica de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



### **Dr. Carlos Ramos Galarza, Ph. D.**

Neuropsicólogo clínico por la Universidad Central del Ecuador. Ph.D. en Psicología por la Universidad de Concepción de Chile. Su línea de investigación se basa en los procesos cerebrales y cognitivos del ser humano que están implicados en la regulación del comportamiento y la cognición. Ha escrito cinco libros sobre neurodesarrollo y metodología de la investigación científica en el contexto de la Psicología. Además, ha publicado más de cincuenta artículos de investigación en revistas científicas de alto impacto de diversas partes del mundo.

Ha sido líder de investigación y profesor en diversas instituciones de educación superior: Universidad de Concepción de Chile, Universidad Andrés Bello de Chile, Universidad Central del Ecuador, Universidad de las Américas de Ecuador, Universidad Internacional SEK de Ecuador, Universidad Tecnológica Israel de Ecuador, Universidad Tecnológica Indoamérica de Ecuador y Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Es profesor guía y co guía de tesis en varios programas doctorales de Latinoamérica: Universidad de Palermo de Argentina, Universidad de La Plata de Ar-

gentina, Universidad de Córdoba de Argentina y Universidad de Concepción de Chile. Actualmente, es docente titular principal de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador e investigador del Laboratorio de Mecatrónica y Sistemas Interactivos (MIST) de la Universidad Tecnológica Indoamérica de Ecuador.

## **Dedicatoria**

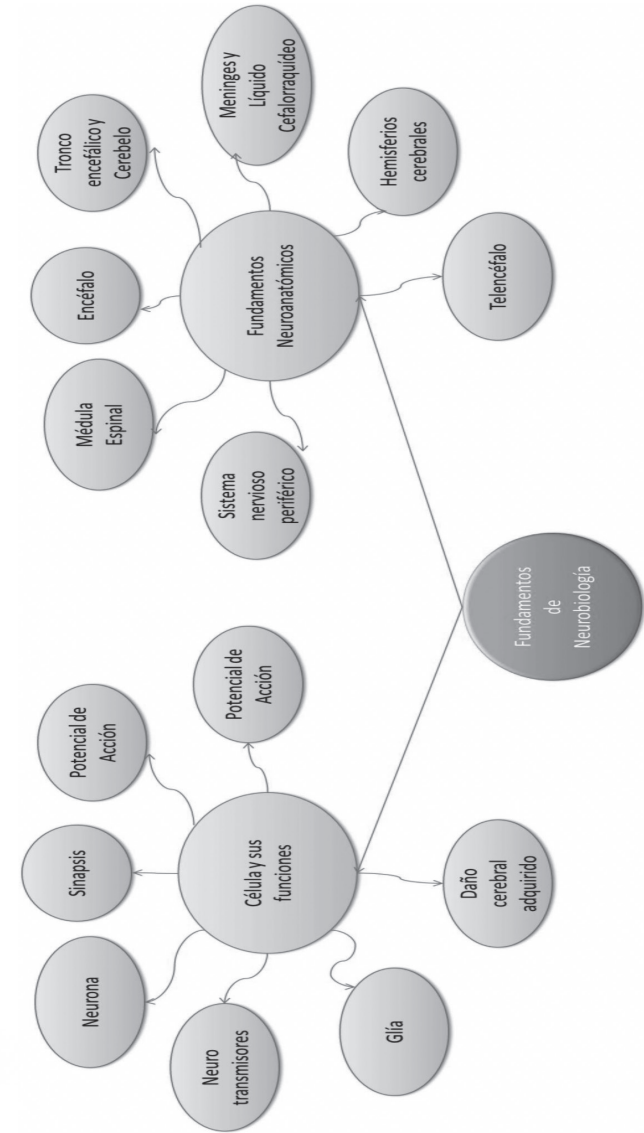
Carlos Mariño:

A quienes con su infinito amor han comprendido mi entrega a la ciencia y al bienestar humano; Natasha, mi esposa y Tatiana, mi hija.

Carlos Ramos:

Con todo mi amor para Emanuel y Olga.

## Contenido del capítulo



## Resumen

El estudio del cerebro humano es una de las áreas principales de dominio del psicólogo formado en la primera década del 2000. Por tanto, en este capítulo, los Dres. Carlos Mariño Tamayo y Carlos Ramos Galarza proponemos una revisión de los temas esenciales en los fundamentos neurobiológicos. Para esto, hemos dividido en dos grandes temáticas: (a) la parte celular del sistema nervioso, y (b) su estructura macroscópica, con lo cual proponemos un documento de base para la formación del profesional en Psicología. Para construir el capítulo se revisaron fuentes clásicas de la neurociencia, que permitieron construir un documento con los saberes que se trabajan en el inicio de la formación psicológica. Concluimos este trabajo haciendo hincapié en la necesidad de que el psicólogo cuente en su formación con los conocimientos que permitan comprender el fundamento neurobiológico del órgano que sustenta, absolutamente todo lo que un ser humano es capaz de hacer, el cerebro.

**Palabras clave:** Neuropsicología, neurobiología, cerebro humano, sistema nervioso.

## **Abstract**

The study of the human brain is one of the main areas of domain of the psychologist trained in the first decade of 2000. Therefore, in this chapter, Drs. Carlos Mariño Tamayo and Carlos Ramos Galarza propose a review of the essential issues in the neurobiological foundations. We have divided into two major themes: (a) the cellular part of the nervous system and (b) its macroscopic structure, with which we propose a basic document for the professional training in Psychology. For the construction of the chapter, classic sources of neuroscience were reviewed, which allowed to build a document with the knowledge that is worked on at the beginning of the psychological training. We conclude this work emphasizing the need that the psychologist has in his training with the knowledge that allows us to understand the neurobiological foundation of the organ that sustains, absolutely everything that a human being is capable of doing, the

**Keywords.** Neuropsychology, neurobiology, human brain, nervous system.

## Introducción

Un aspecto clave en los fundamentos teóricos de un psicólogo son las bases neurobiológicas que le permitirán comprender el funcionamiento del sistema nervioso, su relación con el comportamiento y la cognición del ser humano, lo cual ha permitido el surgimiento de la neuropsicología (Ramos-Galarza, 2018).

En este capítulo tomaremos una postura neuropsicológica para analizar conceptos claves del sistema nervioso como lo son, desde su estructura más ínfima, la célula nerviosa y sus funciones, la organización de la neurona, la estructura física de la neurona, los sistemas funcionales de la neurona, las sinapsis neuronales, las células glías, los mecanismos de configuración del sistema nervioso (proliferación neuronal, migración, especialización y apoptosis neuronal), y los factores etiológicos del daño cerebral adquirido.

A nivel estructural, presentamos fundamentos neuroanatómicos de la conducta, en donde profundizamos en el desarrollo embrionario (desarrollo primitivo del sistema nervioso), las nociones del sistema nervioso periférico (los nervios espinales, pares craneales y sistema nervioso autónomo), los componentes del sistema nervioso central (anatomía macroscópica de la médula espinal), las meninges y el líquido cefalorraquídeo, la anatomía macroscópica del tronco del encéfalo, cerebelo, hemisferios cerebrales y telencéfalo.

Estos saberes propios de la neurociencia son indispensables de ser aprendidos y dominados a la perfección por el psicólogo, ya que si no se comprende el órgano que sustenta a todos los procesos cognitivos, subjetivos y comportamentales humanos, difícilmente podrá brindar una atención eficaz y basada en conocimientos científicos profesionales; por tanto, invitamos a que el profesional en formación en la Psicología nos acompañe en la aventura de develar los misterios que oculta el cerebro humano.

## Componentes del sistema nervioso central: la célula nerviosa y sus funciones

El sistema nervioso del ser humano contiene billones de células interconectadas; de las cuales, en su gran mayoría son las neuronas y las glías. Estas células se interconectan en una red de alta complejidad a lo largo del sistema nervioso central (Figura 1), lo que permite que el ser humano tenga pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos; en fin, toda la actividad mental y comportamental que podamos imaginar (Zillmer, Spiers, & Culbertson, 2008).

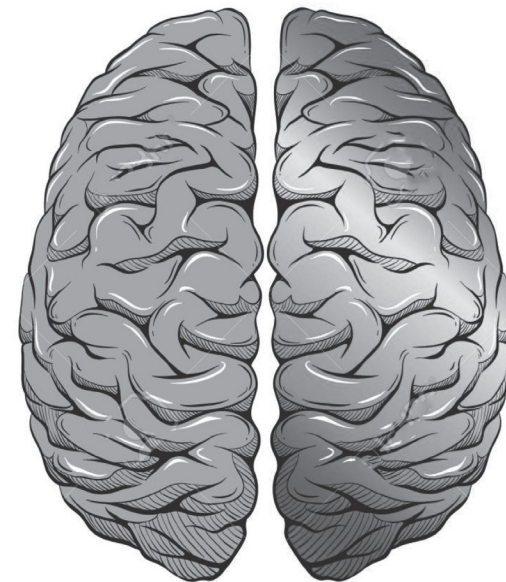


Figura 1. Representación gráfica del Sistema Nervioso Central.

Fuente: Instituto de Educación Ramón Pignatelli, 2019

## Organización de la neurona

Toda la información que existe en el mundo que rodea al ser humano es captada por los sistemas sensoriales y luego, analizada por el sistema nervioso central. Para que el cuerpo humano logre este procesamiento, debe darse un correcto trabajo de las estructuras más ínfimas de la naturaleza humana: las neuronas. Solamente por poner un estimado, en el cerebro de un adulto existen miles de millones de neuronas encargadas de procesar las sensaciones como el dolor, los colores de los diferentes estímulos del medio, saborear un alimento, calcular la profundidad, el espacio, el movimiento, en fin, por la actividad de las neuronas somos capaces de lograr todo lo que se conoce como humano (Cardinali, 2005).

## Estructura física de la neurona

Las neuronas se caracterizan por poseer tres elementos básicos: el soma (también conocido como pericarion), las dendritas y el axón. De igual manera, existen diversas características de las neuronas, que hacen que cambien su morfología en relación con el trabajo que cumplen. El cuerpo neuronal está envuelto por una membrana de alrededor de 7,5 nm de espesor, denominada membrana plasmática. En el citoplasma existe un conjunto de sistemas membranosos (núcleo, retículo endoplasmático, sistema de Golgi), que configuran organelos y que están interactuando; no obstante, tienen características enzimáticas determinadas (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019) (ver Figura 2).

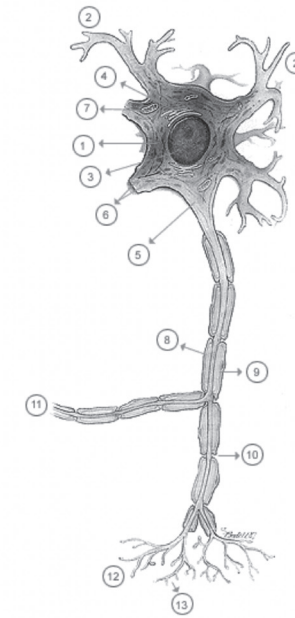


Figura 2. Organización funcional de la neurona: (1) cuerpo celular, (2) dendritas, (3) núcleo, (4) aparato de Golgi, (5) cono axónico, (6) cuerpos de Nissi, (7) mitocondria, (8) axón mielínico, (9) célula de Schwann, (10) nódulo de Ranvier, (11) colateral del axón, (12) telodendrio, (13) botones terminales.

Fuente: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019

La neurona constituye el elemento principal en el procesamiento y transmisión de la información del sistema nervioso. En cuanto a sus partes principales, el soma contiene la esencia de la neurona. Se encarga de los procesos vitales de la célula y tiene diversas formas según su funcionalidad. Las dendritas (originadas del griego *dendron*, que significa un árbol) tienen como función recibir los mensajes que se transmiten entre las neuronas. El axón se caracteriza por ser un tubo largo y delgado que se encuentra recubierto de una vaina de mielina, el cual sirve para transportar información desde el cuerpo celular a las diferentes terminales nerviosas (el mensaje que logra pasar a otra neurona se conoce como potencial de acción) (Carlson, 2014).

## El potencial de acción neuronal

Cuando la neurona ha alcanzado el umbral de excitación por la despolarización del potencial de la membrana, se genera un aumento de la conductancia sódica en alrededor de 5000 veces superior (Figura 3). Ello permite que los electrolitos de sodio ingresen e impulsen las fuerzas de difusión y compresión electrostática, logrando así que se presente un cambio rápido en el potencial de la membrana de entre una media de -80 milivoltios a una media de +35 milivoltios (Donoso, Donoso, & Donoso, 2017).

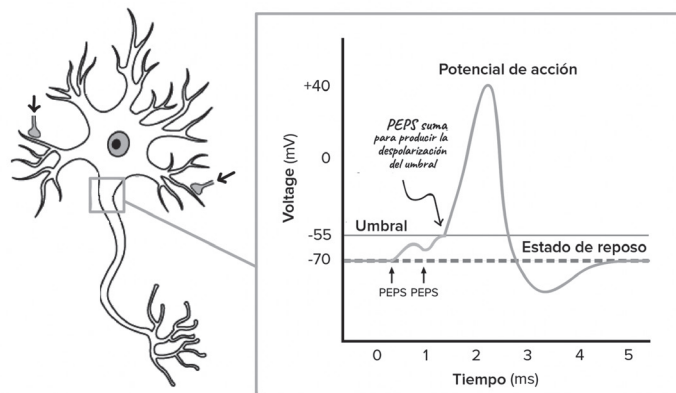


Figura 3. Potencial de acción de la neurona  
Fuente: Khan Academy, 2019

Cada membrana del axón cuenta con canales de potasio que dependen del estado del voltaje, de manera que, al estar expuestos a un nivel mayor de despolarización, comienzan a abrirse. Al momento en el cual el potencial de acción alcanza su punto máximo –en alrededor de un milisegundo–, los canales de sodio se cierran y ya no permiten el paso de sodio en la neurona. Cuando se genera esta acción, los canales de potasio están abiertos y el ion dentro del axón cambia a carga positiva; una vez que la transmisión eléctrica de la neurona ha culminado, la polaridad del axón regresa a un estado de reposo en una media de -85 milivoltios (Donoso, Donoso, & Donoso, 2017).

## Sinapsis

La comunicación entre neuronas se presenta por la unión entre los extremos de las terminales nerviosas. Existen tres posibilidades que se pueden presentar para esta interacción: (a) conexión axodendrítica, (b) conexión axosomática, y (c) conexión axoaxónicas (Carlson, 2014).

La conexión de tipo axodendrítica se produce cuando la terminal nerviosa del axón se conecta con la superficie de la dendrita o en las diferentes partes de las espinas dendríticas. En el tipo de conexión axosomática, la terminal nerviosa del axón se une con la estructura del soma de la neurona que recibe la comunicación. El tipo de conexión axoaxónica se presenta en la unión de dos terminales nerviosas de los axones (Carlson, 2014). En la Figura 4 se presentan estos tipos de conexiones.

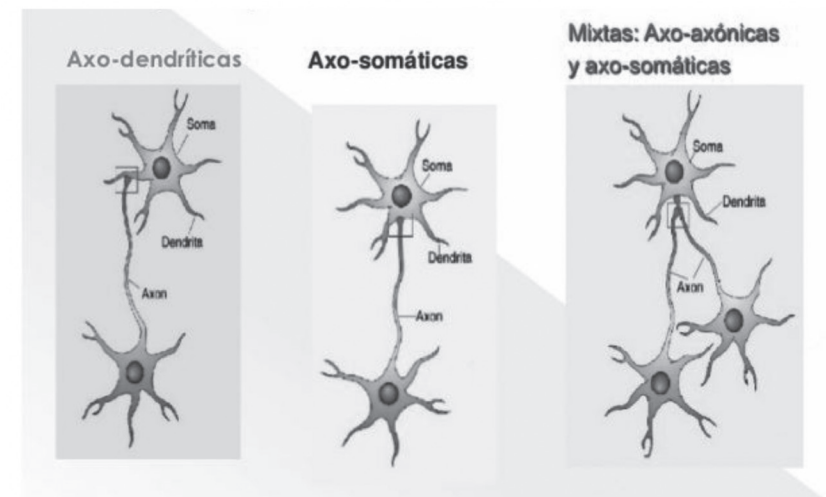


Figura 4. Tipos de conexiones dendríticas  
Fuente: TIPOSDE, 2019

Cuando el potencial de acción logra el cambio de polaridad del estado eléctrico del interior del axón, un conjunto de vesículas atracan en la membrana presináptica y se encuentran por liberar el neurotransmisor. Posterior a este estado, se liberan iones de calcio, sodio y potasio que permiten que el neurotransmisor se libere y pueda pasar a la neurona que espera recibir esta información química (Carlson, 2014).

En el cerebro humano, las neuronas se comunican entre sí, mediante mensajeros químicos identificados como neurotransmisores. Estos permiten el intercambio de la información entre las neuronas y otras células. Los neurotransmisores se organizan en 4 grupos, de acuerdo con su tamaño molecular: aminas biogénicas, catecolaminas, aminoácidos y péptidos (en la Figura 5 se observa la organización de los neurotransmisores). A continuación, se presenta un resumen de las características de los principales neurotransmisores, basado en la propuesta de Carlson (2014), Purves et al. (2012), Nelson y Luciana (2008), y Zillmer et al. (2008):

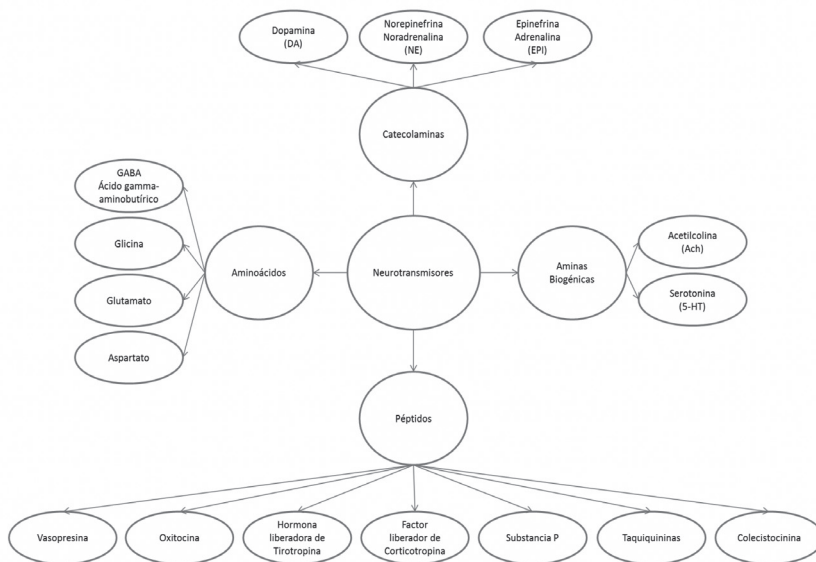


Figura 5. Clasificación de los neurotransmisores.

Fuente: Adaptado de Zillmer et al, 2008

## Neurotransmisores

- **Acetilcolina.** Esta fue la primera sustancia identificada como neurotransmisor. Estimula los nervios del sistema nervioso parasimpático. Sirve como neurotransmisor en las uniones esqueléticas, sinapsis neuromuscular entre el nervio vago y las fibras del músculo cardíaco, como transmisor en las sinapsis de los ganglios del sistema motor visceral y en muchos sitios del sistema nervioso central. Se han identificado tres sistemas en los cuales este neurotransmisor actúa: (a) en la protuberancia dorsolateral tiene un rol en los procesos del sueño en la etapa REM; (b) en el prosencéfalo basal activa la corteza cerebral que facilita los procesos de aprendizaje, especialmente el de tipo perceptivo; y, (c) en el septo medial, controlan la frecuencia eléctrica del hipocampo y regulan su trabajo para que se generen los diferentes tipos de memoria. Existen drogas, como la escopolamina, que bloquean algunos receptores de la acetilcolina, lo que ocasiona un déficit en la codificación y consolidación de la información en la memoria a largo plazo.
- **Serotonina.** Se conoce también como 5-hidroxitriptamina (5-HT). Se origina en la región del núcleo del rafe del mesencéfalo, bulbo, protuberancia, y se proyecta por el tronco del encéfalo superior, el sistema límbico. Desempeña un papel en el estado de ánimo, la regulación del sueño y la vigilia. Además, participa en determinados comportamientos, como las emociones, el control de la impulsividad, el ritmo circadiano, la conducta motora y el estado de alerta mental. Cuando la serotonina se encuentra deficitaria, se pueden presentar cuadros de insomnio, depresión, comportamiento violento y agresivo, además de aumentar la posibilidad de que el sujeto cometa un suicidio.
- **Norepinefrina-Noradrenalina.** Es un neurotransmisor que actúa en el núcleo del tronco cerebral, denominado como locus cerúleo. Está ubicado debajo de la pared del cuarto ventrículo. Este neurotransmisor inerva áreas como cerebro anterior, cerebelo y médula espinal. Las funciones de este neurotransmisor

son generales y complejas, en habilidades como el estado de ánimo, las hormonas, el flujo sanguíneo cerebral, el comportamiento motor, el arousal, la velocidad del procesamiento de la información; aumenta la vigilancia/alerta, memoria y regulación atencional, esencialmente en el subnivel de la focalización atencional. Cuando la norepinefrina se encuentra en un estado anormal, se pueden presentar trastornos clínicos como la depresión, la ansiedad y el déficit de atención. También, se ha encontrado que las situaciones estresantes aumentan la producción de este neurotransmisor.

- **Dopamina.** Este neurotransmisor se encuentra por todo el encéfalo. Una de las principales es el cuerpo estriado, que recibe información de la sustancia negra; proceso esencial para la coordinación de los movimientos corporales. Además, se ha propuesto que este neurotransmisor tiene un papel en las conductas de recompensa, motivación y refuerzo. Este neurotransmisor participa, además, en procesos complejos como la atención y contribuye, de manera significativa, para que el sujeto mantenga su salud mental. Existen tres vías dopaminérgicas que están implicadas en el funcionamiento neuropsicológico.

La primera vía mesolímbica se proyecta desde la zona tegmental ventral del tallo cerebral, el núcleo acumbens (ganglio basal determinante en los procesos de recompensa), las áreas límbicas, la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal. Esta vía está asociada con la experiencia de sensaciones placenteras, como la euforia que se siente con el abuso de ciertas drogas y los síntomas de alucinaciones y delirios en la esquizofrenia.

La segunda vía mesocortical también se origina en la zona tegmental, pero transversal al córtex frontal y al sistema límbico. Esta vía está asociada con varias funciones cognitivas, como la fluencia verbal, el aprendizaje secuencial, la regulación de la atención y la regulación del comportamiento basado en las normas sociales.

La tercera vía dopaminérgica mesoestriatal se proyecta desde la sustancia negra del tallo cerebral en los núcleos caudado y putamen de los ganglios basales. Esta vía tiene que ver con la regulación de las funciones motoras voluntarias y la iniciación de la conducta en respuesta a los diferentes estímulos ambientales. Cuando esta tercera vía tiene un decremento, se presentan síntomas que tienen que ver con lo motor, como la rigidez, pérdida o disminución del movimiento y temblores. Cuando existe un incremento excesivo de esta vía aparecen tic motores, coreas y disrupciones comportamentales motoras. Los fallos en esta vía pueden generar en la persona trastornos como Parkinson o Huntington.

Ácido gamma aminobutírico Gaba. Es un neuromodulador que se encarga de inhibir la capacidad de las neuronas para disparar potenciales de acción. Uno de los principales sistemas del Gaba tiene proyección a las células inhibitorias de Purkinje que se extienden hasta partes profundas del cerebelo. Los ganglios basales que también tienen propiedades inhibitorias son el estriado, el globo pálido y la sustancia negra. Cuando este sistema gabaérgico pierde su función, la persona puede presentar la enfermedad de Huntington.

- **Glutamato.** Este transmisor es uno de los más importantes para que el encéfalo pueda funcionar de manera adecuada. Se presenta en grandes concentraciones a lo largo del sistema nervioso y su función principal es de un neurotransmisor excitador. Cumple con un papel neuromodulador que excita la actividad sináptica cerebral y está presente en alrededor del 80 % de las sinapsis que se producen en el cerebro.
- **Péptidos.** Están presentes en el hipotálamo y la amígdala, y en menor grado en el córtex, tálamo y cerebelo. Los péptidos que se producen tienen características opiáceas, conocidas como endorfinas. Estas endorfinas tienen propiedades analgésicas y una capacidad inhibitoria del dolor en el sistema neuronal.
- **Histamina.** Se encuentra en el hipotálamo y envía proyecciones difusas a todo el cerebro y la médula espinal. Desempeña un pa-

pel importante en el despertar y la atención; fomenta la vigilia; controla la reactividad del sistema vestibular, las reacciones alérgicas o el daño tisular; e, influye en el flujo sanguíneo encefálico.

## Células de la glía

Las células de las glías son altamente abundantes en el sistema nervioso central. Están presentes en una proporción entre 10 y 50 veces más que las neuronas y, a diferencia de estas últimas, no cuentan con actividad eléctrica, sino que tienen un trabajo de soporte, alimentación, aislamiento, alimentación, entre otros procesos en favor de la neurona (Cardinali, 2005).

Las células de la glía o neuroglía brindan un soporte a las neuronas, ya que estas últimas no tienen una capacidad de alimentarse o sobrevivir por sí mismas. Realizan una acción de protección física y química del resto del organismo, rodean a las neuronas y las mantienen en el lugar donde cumplen su determinada función, controlan que reciban los nutrientes necesarios y parte de los componentes químicos que necesitan para la interacción sináptica (Cardinali, 2005).

Existen tres tipos de células gliales que aportan con sus diferentes funciones al sistema nervioso. El primer tipo son los astrocitos (Figura 6), que proporcionan un soporte físico a las neuronas y se encargan de limpiar los desechos en el cerebro. Apoyan al control de la composición química del líquido que se encuentra alrededor de las neuronas y a la nutrición de las neuronas. Los astrocitos toman los nutrientes de los capilares (como el lactato de la glucosa) y lo liberan en el líquido extracelular a la neurona, de donde lo toma para subsistir y obtener energía. Además, los astrocitos mantienen a las neuronas en su lugar: actúan como un verdadero pegamento neuronal, lo cual controla que los neurotransmisores no se dispersen. La función final de los astrocitos es participar en la fagocitosis, en donde apoyan a retirar las células muertas que se encuentran alrededor del encéfalo (Carlson, 2014).

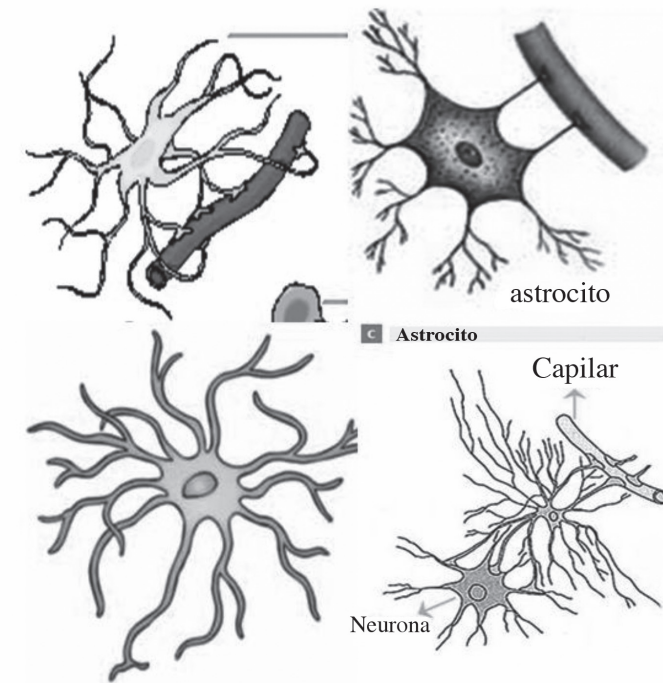


Figura 6. Ejemplo de células astrocitos.

Fuente: Flores, 2019

Los oligodendrocitos proporcionan un soporte a las neuronas y generan la vaina de mielina que aísla el trabajo eléctrico de los axones en la actividad neuronal. El tubo de mielina no es constante, sino que está constituido por una serie de segmentos (ver Figura 7). La parte de la vaina de mielina que está descubierta en el axón se denomina nódulo de Ranvier. Un oligodendrocito puede producir hasta unos 50 segmentos de mielina. Estos se originan durante el desarrollo del sistema nervioso central, y se dibujan como remos de una canoa. A medida que va madurando el individuo, se enrollan y generan, así, la característica habitual de las vainas de mielina en el axón neuronal (Carlson, 2014).

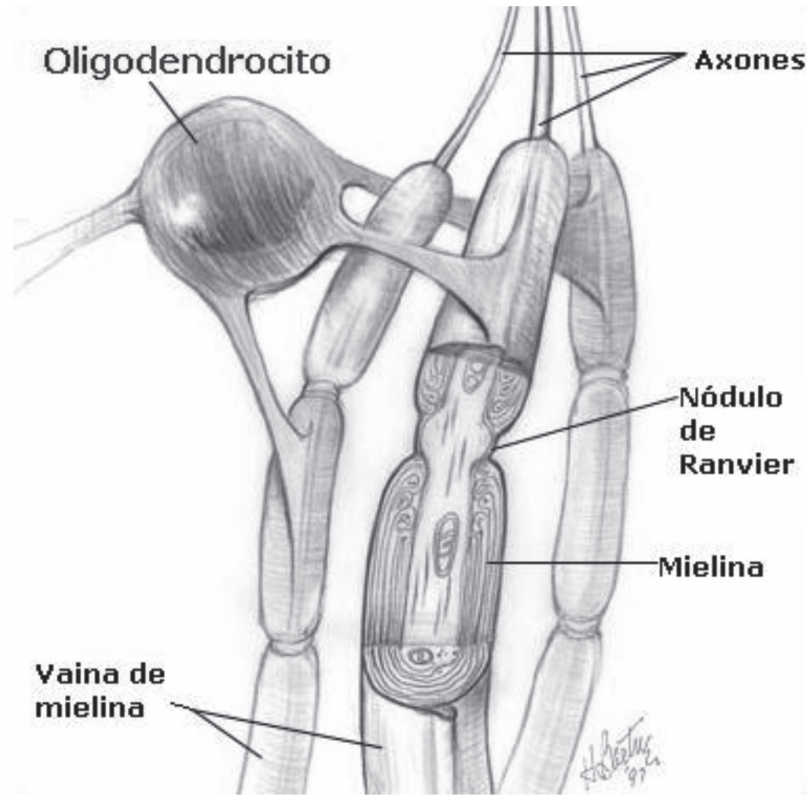


Figura 7. Representación gráfica de un oligodendrocito  
Fuente: Neurocirugía Contemporánea, 2019

El tercer tipo de células glías son las microglías (Figura 8), que se caracterizan por ser de menor tamaño. Comparten la característica con algunos astrocitos de participar en la fagocitosis: se ubican alrededor de las neuronas que están muertas o se encuentran cerca de la muerte. Otra función de las microglías es actuar como parte del sistema inmunitario en el cerebro. Con ello, realizan una labor de protección de organismos celulares que lo puedan poner en riesgo; finalmente, se encargan de la reacción inflamatoria del cerebro, cuando se está presentando algún daño (Carlson, 2014).

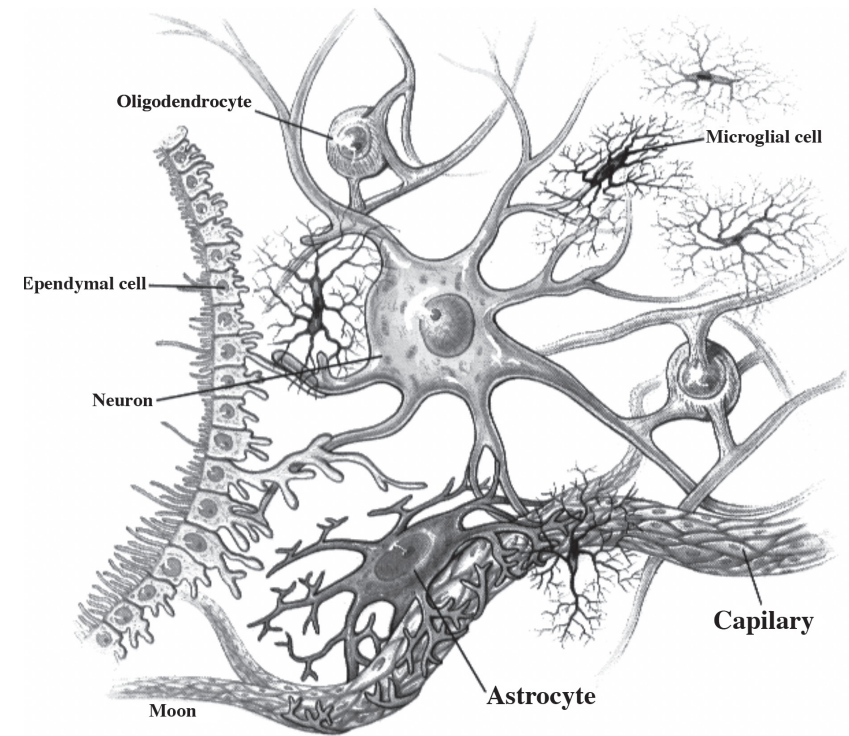


Figura 8. Representación gráfica de la microglia  
Fuente: Poma, 2013

### **Proliferación neuronal, migración, especialización y apoptosis neuronal**

Existen cuatro mecanismos celulares que permiten la construcción del sistema nervioso: proliferación neuronal, migración, especialización y apoptosis neuronal. La proliferación es el mecanismo básico y genera un incremento de la capacidad celular que permitirá la cons-

trucción de las diferentes estructuras del cerebro, el cual se origina en la conformación del tubo neural del individuo (Rosselli, Matute, & Ardila, 2010).

El proceso de migración permite que las neuronas puedan trasladarse desde su estructura original hasta su lugar de destino, donde desempeñarán sus respectivas funciones. El siguiente mecanismo, denominado especialización, establece la alta especialización para cumplir cada una de las funciones del sistema nervioso (ver Figura 9). De esta manera, en el cerebro existe una variedad de neuronas que favorecen la actividad cognitiva y comportamental; por ejemplo, existen neuronas de tipo sensitivas, visuales, motoras, etc. (Rosselli, Matute, & Ardila, 2010).

El proceso de apoptosis es una muerte neuronal. Está dirigida genéticamente y tiene como finalidad eliminar las células inmunitarias que no aportan al funcionamiento cerebral; además, elimina células afectadas por algún tipo de virus y busca mantener un funcionamiento eficiente del sistema cerebral (Ardila & Roselli, 2007). La apoptosis cumple un papel importante en controlar la sobreproducción de neuronas y en la eliminación de las conexiones neuronales innecesarias. Por tanto, esta muerte neuronal programada aporta, significativamente, en el adecuado desarrollo del encéfalo, especialmente en momentos como el desarrollo embrionario. Así se optimiza el tamaño del campo de la superficie celular, el emparejamiento numérico entre la cantidad de neuronas y la presencia de conexiones neuronales erróneas (Rosselli, Matute, & Ardila, 2010).

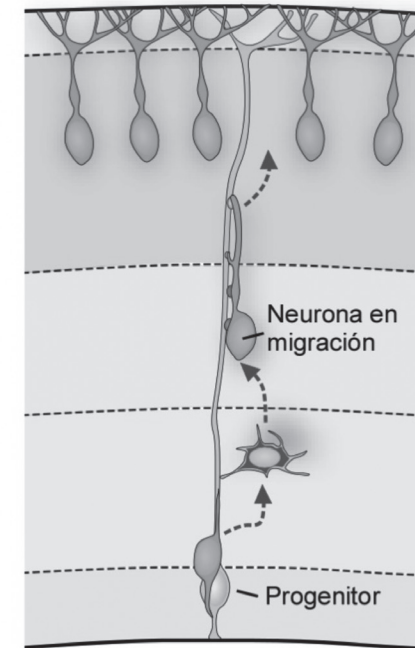


Figura 9. Representación del proceso de migración neuronal

Fuente: Marín, 2009

### Alteraciones del funcionamiento neuronal: daño cerebral adquirido

Los traumatismos craneoencefálicos constituyen el factor etiológico más común del daño cerebral adquirido, y se presentan como lesiones abiertas y cerradas. Las primeras se caracterizan por que la cavidad craneana recibe un impacto directo que produce una perforación ósea; es habitual que, ante este tipo de trauma, el sujeto mantenga un nivel de conciencia adecuado (ver Figura 10). Las lesiones traumáticas de tipo cerradas se producen por el fenómeno de aceleración y desaceleración, lo que podría generar un daño axonal difuso en el cerebro del sujeto (Portellano, 2005).



Figura 10. Ejemplo de traumatismo craneoencefálico abierto  
Fuente: Serena, 2017

Los tumores cerebrales constituyen otro factor del daño cerebral adquirido. Tiene que ver con el crecimiento patológico de células, que se organizan de manera atípica, que crecen utilizando recursos del organismo y no tienen un propósito funcional; también se los conoce como neoplasias (Ardila & Rosselli, 2007).

Los tumores se clasifican en benignos y malignos. Los benignos tienen un crecimiento lento y pueden alcanzar su tamaño, incluso sin producir síntoma alguno; permanecen bien definidos y, generalmente, no se infiltran en el parénquima cerebral. No obstante, si se encuentra en un lugar de difícil acceso quirúrgico podría, incluso, generar la muerte del sujeto (Ardila & Rosselli, 2007).

Los tumores cerebrales pueden ser primarios, cuando se originan en cualquier parte del cerebro o el sistema nervioso, mientras que los secundarios son metástasis cerebrales de tumores que se originaron en un lugar ajeno al cerebro. Además, los tumores pueden ser encapsulados (ver Figura 11) e infiltrantes. Los encapsulados tienen una delimitación específica sobre la masa cerebral; los infiltrantes se diseminan por el territorio cerebral y producen efectos más destructivos, ya que tienden a dañar más áreas del cerebro (Portellano, 2005).

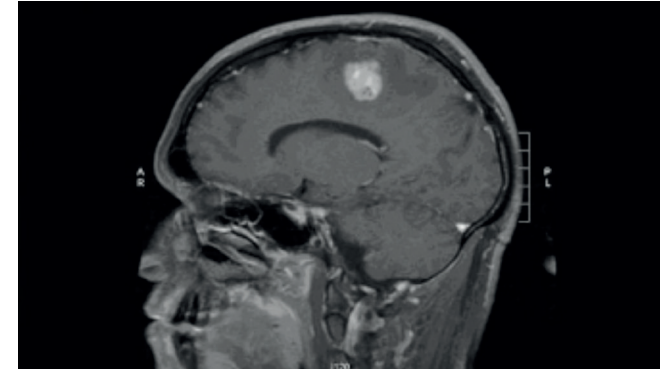


Figura 11. Tumor cerebral encapsulado en el lóbulo parietal  
Fuente: Universia, 2014

Otro de los factores que pueden dañar el funcionamiento cerebral es la disminución de la irrigación sanguínea (Figura 12), y engloba: (a) los ictus de la irrigación sanguínea o isquémicos, que pueden ser globales o focales, y pueden producir trombosis, embolia y una importante reducción del flujo sanguíneo; y (b) la hemorragia cerebral, que puede presentar hemorragias subaracnoides, subdurales, epidurales y malformaciones vasculares (Portellano, 2005).

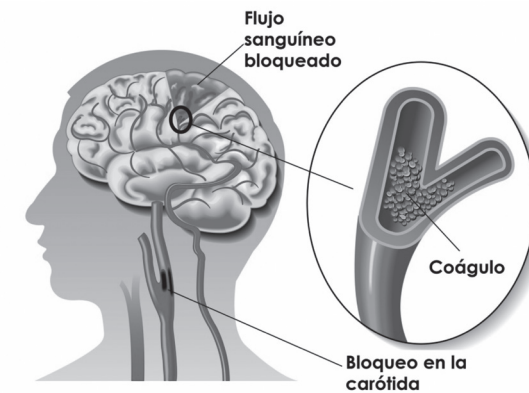


Figura 12. Representación gráfica de un coágulo que genera un accidente isquémico cerebral  
Fuente: Romero, 2019

Las infecciones del sistema nervioso son otra de las causas del deterioro cerebral (Figura 13); por ejemplo, infecciones en lugares del cuerpo como la sangre, garganta, nariz, oídos, sangre o producto de traumatismos e intervenciones quirúrgicas. El mayor problema ocurre cuando los agentes patógenos de este tipo de infecciones logran superar la barrera hematoencefálica y llegan al líquido cefalorraquídeo, abriéndose camino para dañar el cerebro. Las principales infecciones del sistema nervioso son: (a) víricas, como el VIH o herpes; (b) bacterianas, como la meningitis o absceso cerebral; (c) micóticas, como la candidiasis; y, (d) parasitarias, como la toxoplasmosis o malaria cerebral (Portellano, 2005).

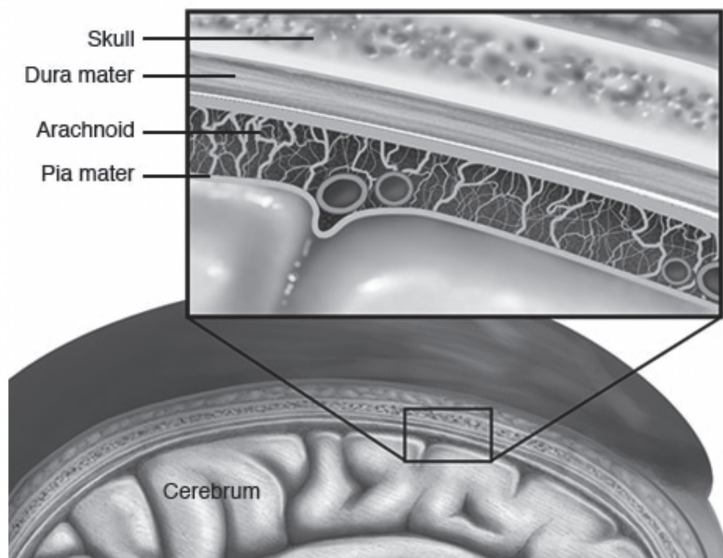


Figura 13. Representación gráfica de la meningitis  
Fuente: Mayo-Clinic, 2019

Los diferentes factores etiológicos mencionados previamente pueden afectar la cognición o la regulación del comportamiento del ser humano, y provocar alteraciones en habilidades neuropsicológicas, como el lenguaje, la memoria, la atención, el movimiento, la percepción y la regulación consciente del comportamiento, la emoción, la cognición y la moralidad (Ramos-Galarza, 2018). Hasta este punto se profundizará en el aspecto celular del funcionamiento cerebral.

A continuación, se profundizará en temas correspondientes a la parte macro del cerebro humano.

### Fundamentos neuroanatómicos de la conducta

En los últimos años, se ha venido observando con mayor contundencia, el imperativo de formar en neurociencia dentro de la psicología. El psicólogo actual no puede dejar de observar la conducta humana sin una aproximación a la neurociencia, sin afán de ser reduccionista, en lo referente a la explicación del comportamiento humano, sino más bien, para contribuir al entendimiento de la dinámica del conocimiento humano, en tanto saludable, y su vulnerabilidad (Cuartas, 2011).

Este capítulo pretende contribuir al conocimiento básico de nuestro sistema nervioso, no solamente con un enfoque anatómico específico, sino además, con una visión integradora de sus diferentes partes, en un funcionamiento en redes de organización de los fenómenos cognoscitivos y comportamentales. El estudio de los distintos procesos a nivel psicológico es el resultado, a nivel estructural, de formas de actividad y organización particular del sistema nervioso (Ardila & Rosselli, 2007).

Es necesario anotar que se estudiará el sistema nervioso desde lo periférico hacia lo central; y, en este, desde el cerebro posterior hacia el cerebro anterior, en términos anatómicos y de evolución ontogénica. Esta secuencia de contenidos obedece a que se ha visto que los estudiantes de los primeros niveles de la carrera de Psicología logran un mejor aprendizaje, entendiendo primero las funciones y

estructuras más básicas del sistema, para ir paulatinamente aumentando la complejidad del estudio, conforme vamos ascendiendo en la jerarquía funcional y posición anatómica de las estructuras sistema.

En un último apartado, se tratará la embriología del sistema nervioso, procurando priorizar la comprensión sobre cómo se formaron las estructuras del sistema adulto que se han estudiado hasta aquí; así como la lógica de las interrelaciones funcionales que ellas tienen, por sobre una descripción meramente morfológica.

### **Nociones del sistema nervioso periférico: los nervios espinales, pares craneales y sistema nervioso autónomo**

El sistema nervioso del adulto se lo estudia tradicionalmente bajo la división anatómica de central y periférico, en atención a su localización dentro del cuerpo. El sistema provino de un solo tubo embriionario (ectodermo) inicial, que ocupó el eje central del embrión. Este fue rodeado y protegido por un tejido que lo recubrió totalmente (mesodermo), de donde provino el sistema óseo de protección: cráneo y columna vertebral.

El sistema nervioso central lo conforman la médula espinal y el encéfalo, protegidos por la columna vertebral y el cráneo, respectivamente. De este eje central, parten ramificaciones que, a través de orificios labrados en el cráneo y entre las vértebras, abandonan el sistema central y se dirigen al resto del organismo. Así se conforma, en su conjunto, el sistema nervioso periférico (Figura 15). Esas ramificaciones son los nervios periféricos, que van tomando el nombre de las zonas a donde se dirigen; así, por ejemplo, nervio radial, junto al hueso radio, en el brazo; nervios espinales, los que salen por la columna vertebral; nervio femoral, por el hueso fémur en la pierna, etc.

Nótese en la Figura 14, la protección ósea (columna vertebral) que rodea a la médula espinal. El cráneo ha sido omitido para demostrar la continuidad de la médula espinal y el encéfalo. Además, se puede distinguir la salida de algunos nervios periféricos abandonando el sistema nervioso central.



Figura 14. Sistema nervioso central y periférico

Fuente: Pinterest (2019)

Estos nervios periféricos siempre son pares, pues hay uno derecho y otro izquierdo. Se los ha dividido en dos grupos: pares o nervios craneales (que salen a través del cráneo), y pares o nervios espinales (que salen a través de la columna vertebral).

Los nervios espinales son de tipo mixto, ya que están compuestos de axones aferentes y eferentes. Los aferentes conducen el estímulo nervioso desde los receptores periféricos hacia el sistema central llevando información de lo que sucede en la periferia (sensitivos); los eferentes (motores) conducen el estímulo desde el central a la periferia, llevando información de la orden cerebral hacia los órganos periféricos (Ver Figura 15). De acuerdo con el sitio por donde salgan de la columna vertebral, se los denomina C1 a C8, según sean cervicales; T1 a T12, torácicos; L1 a L5 si son lumbares; y S1 a S5, sacros; y un par coccígeo.

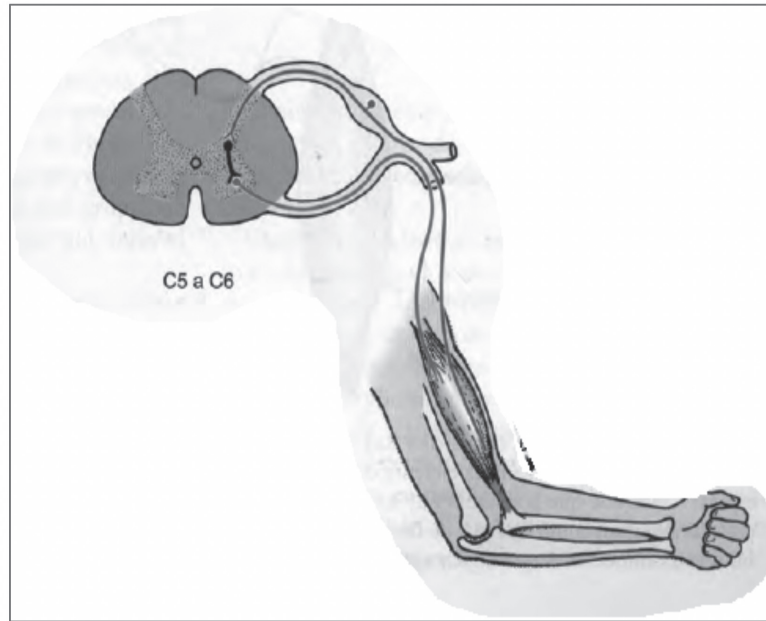


Figura 15. Nervio periférico (Raquídeo cervical C5): Axones aferentes (azul, sensibilidad del brazo) y eferentes (Rojo para el movimiento del brazo)

Fuente: Snell, 2010

El segundo grupo de nervios periféricos parten del encéfalo y atraviesan orificios del cráneo. Se conocen como pares craneales. Los pares craneales son 12 pares de nervios que, a su vez, se clasifican en tres tipos: 1. Pares craneales mixtos, aquellos que están compuestos por axones que llevan estímulos aferentes (sensitivos) tanto como de axones que llevan estímulos eferentes (motores); 2. Aferentes, los pares que contienen los axones de neuronas sensitivas; y, 3. Eferentes, los pares que contienen axones motores. En la tabla 1, se detallan los respectivos nombres y funciones. Cabe anotar que la numeración que acompaña al nombre es una nomenclatura internacional en números romanos, y sigue un orden desde el más cefálico que es el I par, al más caudal en su nacimiento en la superficie del encéfalo, que es el XII par.

PAR CRANEAL	FUNCIONES AFERENTES	FUNCIONES EFERENTES
I par olfatorio	Sensibilidad del olfato, olores	
II par óptico	Sensibilidad de la visión	
VIII par auditivo	Sensibilidad auditiva y vestibular	
III par oculo-motor		Movimientos del ojo en varias direcciones
IV par patético o troclear		Movimiento diagonal de los ojos
VI par motor ocular externo		Movimiento del ojo hacia fuera
XI par accesorio o espinal		Movimientos del hombro
XII par hipogloso mayor		Movimientos de lengua
V par trigémino	Sensibilidad facial	Masticación
VII par facial	Sensibilidad piso de la boca Gusto 2/3 anteriores lengua	Movimiento de la cara, expresiones faciales
IX Par Glosofaríngeo	Gusto 1/3 posterior lengua	Deglución
X Par Vago	Sistema parasimpático	Órganos internos, digestivo, cardiaco, etc.

Tabla 1. Pares craneales

Fuente: Dr. Carlos Mariño

Por otro lado, el sistema autónomo, en general, es tratado como parte del sistema periférico (Redolar Ripol, 2014). Hay que anotar que el funcionamiento autónomo del cerebro tiene sus mecanismos a nivel encefálico. Estos mecanismos requieren, asimismo, aferencias con información desde los órganos internos, y eferencias hacia los órganos efectores, sean estos músculos somáticos, oculares, músculo

cardíaco, músculo liso, glándulas de secreción endocrina, por lo que evidentemente forman parte del sistema central y del periférico (Redolar Ripol, 2014).

Esta parte periférica (eferencias) del sistema autónomo se ha dividido a su vez en el sistema simpático, cuyas eferencias abandonan el eje central por los nervios raquídeos tóraco lumbares; y el sistema parasimpático, cuyas eferencias abandonan el central, por los nervios craneales III, VII, IX y X (Redolar Ripol, 2014), y por los nervios raquídeos sacros (Figura 16). Dichas raíces autónomas hacen sinapsis en los ganglios autónomos. Estos ganglios, para el caso del sistema simpático, se ubican en dos cordones: uno derecho y otro izquierdo paravertebrales. A partir de ellos, nace la neurona posganglionar que recorre trayectos largos, en tanto que, para el parasimpático, los ganglios se ubican en la proximidad, cuando no, en la pared misma de los órganos efectores, por lo que el trayecto de su neurona posganglionar es muy corto.



Figura 16. Sistemas simpático y parasimpático  
Fuente: Universidad Católica de Chile, 2019

## Componentes del sistema nervioso central. Anatomía macroscópica de la médula espinal

Todos los axones aferentes y los axones eferentes del sistema periférico se reúnen al atravesar los agujeros de conjunción de cada segmento de la columna vertebral, (nervios espinales), para ingresar en el canal medular, formado por las apófisis posteriores de cada una de las vértebras. Este haz se denomina la médula espinal. Esta se ubica desde la unión del bulbo espinal hasta la vértebra L1 (más o menos en adultos) y hasta L 3 (en niños), puesto que, en un sentido caudal, a este nivel deja de formar un haz y se convierte en la Cauda Equina o Cola de Caballo, por la forma que toma la separación de estos nervios (figura 17).

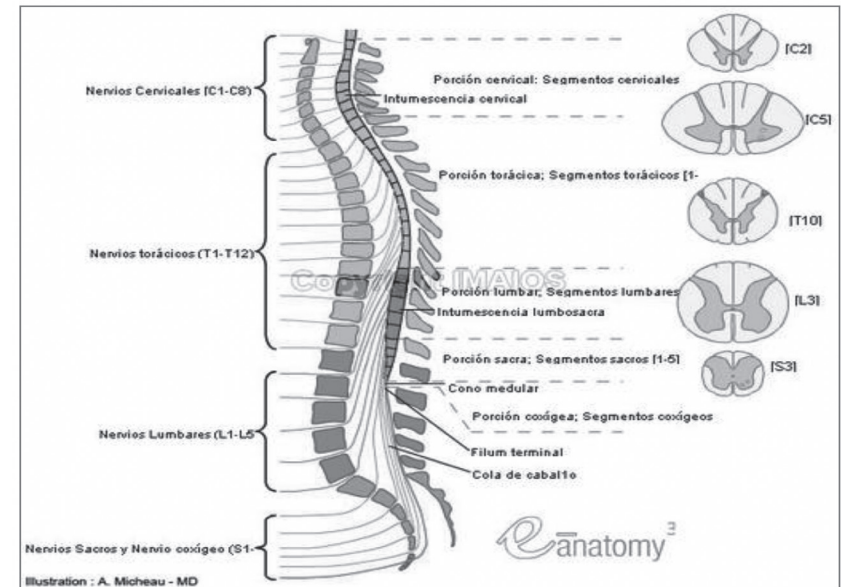


Figura 17. Esquema de los cuerpos vertebrales por secciones (colores), médula espinal con nervios raquídeos y cauda equina o cola de caballo  
Fuente: E-anatomy, 2012

Obsérvese, además, en la misma figura, las imágenes a la derecha, que corresponden a vistas axiales de distintos niveles de corte de la médula espinal. Se ve claramente una forma de H, ubicada en la profundidad de la médula espinal. Es la sustancia gris (por su coloración más oscura), que corresponde a somas neuronales de neuronas possinápticas de cada función, que han hecho sinapsis con su respectiva neurona presináptica (Figura 18).

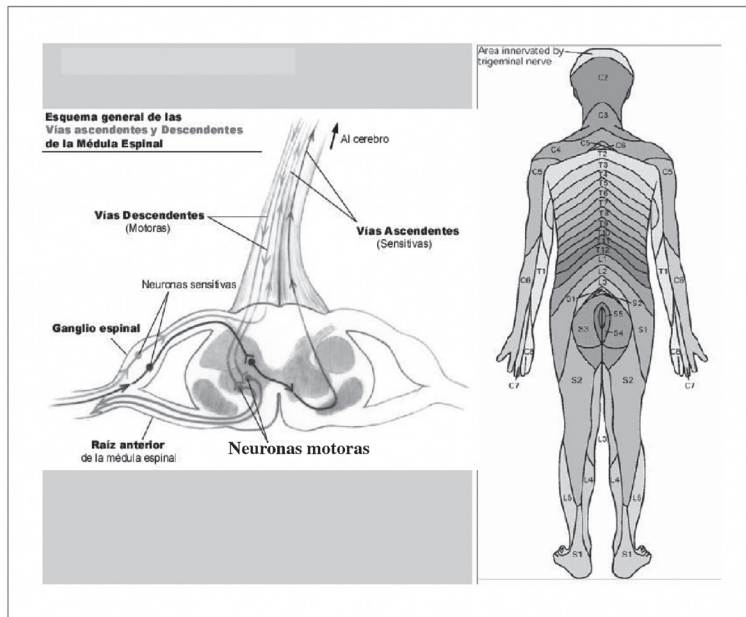


Figura 18. Esquema de las fibras nerviosas aferentes y eferentes de la médula espinal; sinapsis que ocurren en la sustancia gris

Fuente: Snell, 2010

## Meninges y líquido cefalorraquídeo

Las meninges son tres membranas de tejido conectivo que rodean a todo el sistema central y lo protegen (Snell, 2010). De superficie a profundidad son: duramadre (de tejido más resistente), aracnoides

(con su doble capa, en medio de las cuales circula el líquido cefalorraquídeo) y piamadre (capa más profunda, adherida al tejido nervioso) (Redolar Ripol, 2014). Parte de esta protección mecánica incluye, además, la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR). Así se constituye en un verdadero colchón líquido, entre el tejido nervioso y su protección ósea, cráneo y columna vertebral (Figura 19).

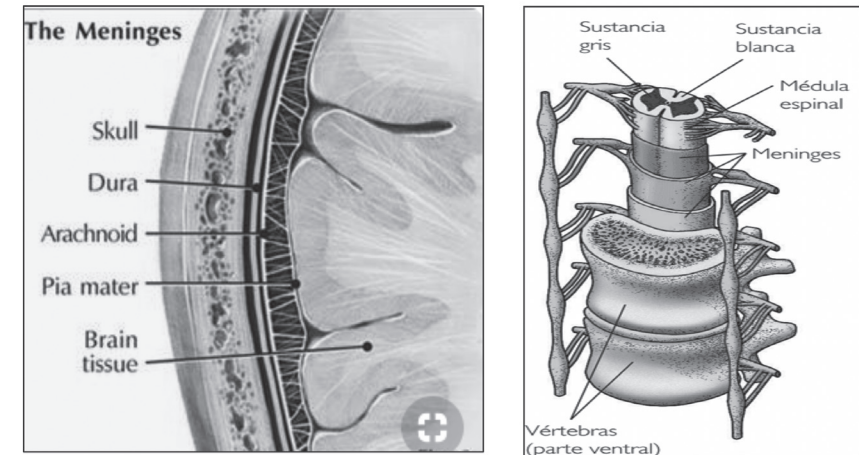


Figura 19. Las meninges en el cráneo y la médula espinal

Recuperado de: Pinterest 2019

Cabe anotar que el LCR circula en el espacio subaracnoideo, que corresponde al espacio trabeculado que se observa entre aracnoides y piamadre, en la Figura 6. Este espacio subaracnoideo, entonces, rodea al sistema central por su lado superficial. Pero, esta circulación superficial se comunica con un circuito que el mismo LCR cumple, por la espesura del tejido nervioso del encéfalo, denominado sistema ventricular. De modo que hay un sistema de circulación de LCR superficial y uno profundo. La Figura 20 grafica una reconstrucción en 3D, con nuevas técnicas de imagen, sobre una resonancia magnética. Se puede apreciar el sistema ventricular formado por el IV ventrícu-

lo, el más inferior o caudal, comunicado en sentido cefálico, con el III ventrículo por el acueducto de Silvio, y este ventrículo comunicado con los dos ventrículos laterales por los agujeros de Monro.

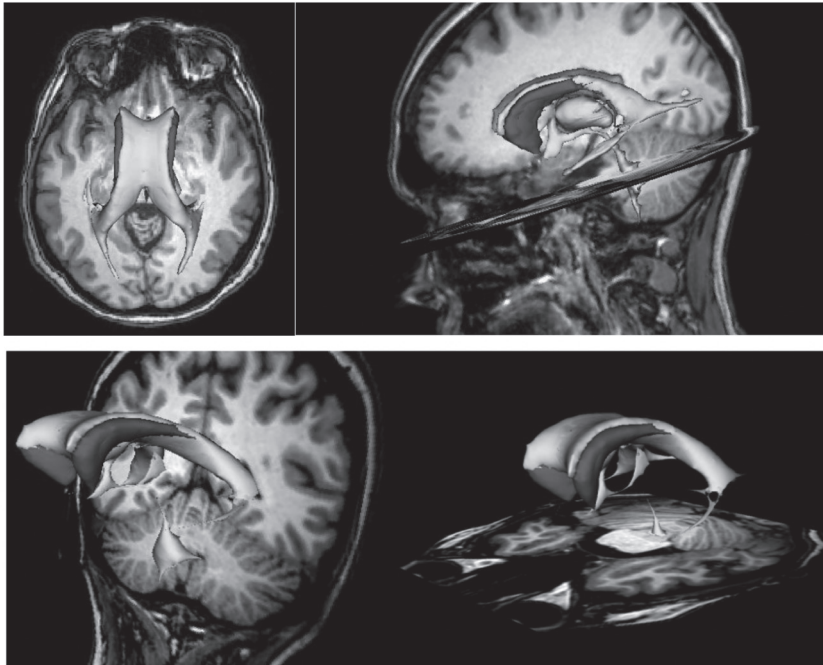


Figura 20. Reconstrucción en 3D del sistema ventricular, en vista axial, lateral y oblicua  
Fuente: Domínguez, 2015

### Componentes del sistema nervioso central: el encéfalo

El encéfalo comprende la parte del sistema nervioso central cuyas estructuras están dentro del cráneo y se encuentran protegidas por él. En general, se clasifica como se detalla en la Tabla 2. Para su estudio, iniciaremos desde las zonas más inferiores.

División principal	Ventrículo	Subdivisión	Estructuras principales
Prosencéfalo	Lateral	Telencéfalo	Corteza cerebral Núcleos basales Sistema límbico
	Tercero	Diencefalo	Tálamo Hipotálamo
Mesencéfalo	Acueducto cerebral	Mesencéfalo	Techo Tegmento
Romboencéfalo	Cuarto	Metencéfalo	Cerebelo Protuberancia
		Mielencéfalo	Bulbo raquídeo

Tabla 2. Partes del encéfalo  
Fuente: Carlson, 2014

### Anatomía macroscópica y nociones fisiológicas del tronco del encéfalo y cerebelo

Se ha denominado tronco cerebral a las estructuras encefálicas que sostienen el prosencéfalo, a manera de tallo, del que cuelgan los hemisferios cerebrales. El tronco, entonces, comprende el bulbo raquídeo (la estructura más inferior), el puente o protuberancia anular y el mesencéfalo (la más superior o craneal).

Sus funciones tienen que ver con las funciones básicas de los seres vivos: instintos de búsqueda de alimentos, atracción sexual, reproducción. Además, como es lógico, son órganos de paso de las fibras nerviosas aferentes y eferentes, hacia y desde estructuras más craneales, como la corteza cerebral. En su interior, se encuentran los orígenes reales de los pares craneales, XII al III, siendo el XII par el más inferior. Es interesante anotar funciones que le son intrínsecas, las dadas por la formación reticular, sistema reticular activador ascendente (SARA por sus siglas en español), encargado de activar la corteza cerebral en el día a día (Snell, 2010). Por sobre el puente, se ubica el mesencéfalo, compuesto por los pedúnculos cerebrales: dos

grandes columnas neuronales que soportan y comunican el prosencéfalo con el tronco cerebral y permiten el viaje de los estímulos aferentes y eferentes entre estas zonas; además, estructuras profundas que tienen que ver con los reflejos pupilares a la luz, origen real de los nervios motores oculares III y IV pares craneales, el acueducto de Silvio, para la circulación en sentido caudal del LCR, y la sustancia gris que lo rodea, la SGPA (sustancia gris periacueductal), involucrada en los procesos de nocicepción y mecanismos endógenos de control del dolor somático (Carlson, 2014).

El cerebelo ubicado más posterior forma el techo del IV ventrículo con funciones de coordinación de la motricidad, sobre todo, en lo referente a distancias, fuerza y dirección de los movimientos voluntarios, así como recepción del análisis de la propiocepción del cuerpo, para emitir respuestas de postura y movimientos automáticos (Snell, 2010). Nótese, en la Figura 21, que el cerebelo ocupa la fosa posterior del cráneo, por debajo del lóbulo occipital, y está recubierto por un repliegue de las meninges, que forman la tienda del cerebelo.

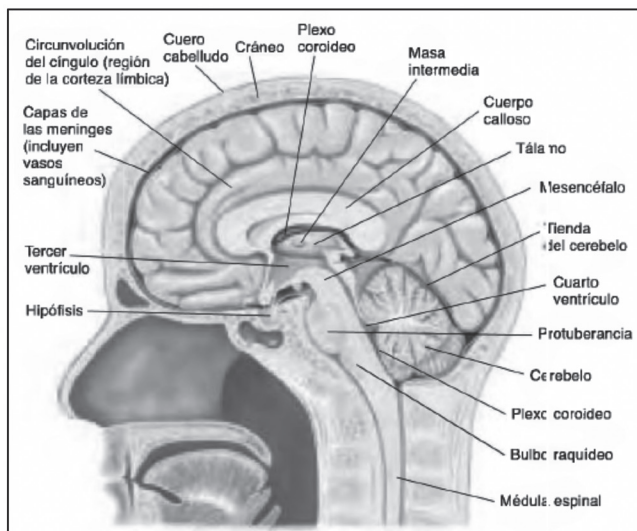


Figura 21: Vista lateral de un corte sagital de los hemisferios cerebrales y el tronco cerebral  
Fuente: Carlson, 2014

## Anatomía macroscópica y fisiología de los hemisferios cerebrales: diencéfalo, tálamo, hipotálamo, epífisis o pineal

Siguiendo la descripción en orden ascendente, del encéfalo, encontramos el diencéfalo: aquella porción de los hemisferios cerebrales que se conecta directamente con los pedúnculos cerebrales del mesencéfalo. Consta de estructuras importantes como el tálamo, que es el centro de integración sensorial de todas las modalidades, exceptuando solamente el olfato, con el que no guarda relación. Por debajo y adelante del tálamo, está el hipotálamo: es el centro de varios núcleos grises que reciben información de estímulos nerviosos y que transforman esa estimulación en producción de hormonas; con ello, inicia la conexión nerviosa con el sistema endócrino, de cuya importancia hablaremos en el siguiente apartado, a propósito del sistema límbico. Así también, la coordinación de varias funciones homeostáticas, como son control de temperatura, equilibrio hídrico, control de ingesta y saciedad, control sobre el sistema autónomo simpático y parasimpático, etc. Hacia atrás y por encima del mesencéfalo, el epitálamo, con su glándula pineal, está encargada de regular también la actividad hormonal del resto del sistema endócrino, por cuanto está involucrada en los mecanismos de vigilia y sueño, en contacto estrecho con el tálamo (Carlson, 2014).

## Telencéfalo. Lóbulos, sistema límbico, estructura y síntesis funcional. Corteza cerebral

Las estructuras más superiores anatómicamente, y las más evolucionadas ontogénicamente son los hemisferios cerebrales. Se trata de estructuras de gran tamaño, en cuya superficie se nota un sinnúmero de surcos y circunvoluciones, como evidencias de que el tejido nervioso, al crecer, tuvo que acomodarse dentro de la relativamente pequeña bóveda craneal. Así pues, se originan las denominadas circunvoluciones o giros y los surcos, que van dando forma al relieve de

la masa de los hemisferios cerebrales (ver Figura 22). La circunvolución es aquella protrusión que realiza la masa neuronal entre dos entrantes o surcos. Cada uno de estos surcos y circunvoluciones va tomando su nombre por su ubicación anatómica; así también, una estrategia para que la superficie efectiva de la corteza cerebral abarque el mayor número de neuronas posible, en el objetivo de analizar toda información de una manera cada vez más compleja.

Para su estudio, se han dividido los hemisferios cerebrales en lóbulos, con su respectiva ubicación anatómica: lóbulo frontal, profundo al hueso frontal, la parte más anterior del encéfalo; lóbulo parietal, por detrás de la cisura de Rolando o central; lóbulo occipital, que ocupa el polo posterior del encéfalo; y lóbulo temporal, en relación con el hueso temporal, por debajo de la cisura de Silvio o cisura lateral. Se cita también el lóbulo de la ínsula, visible cuando se separan los labios de la cisura de Silvio, al fondo de la misma; todos son bilaterales (Snell, 2010).



Figura 22. Se han separado los hemisferios cerebrales para visualizar el diencefalo. Véanse los lóbulos y las cisuras

Fuente: EcuRed, 2019

El sistema denominado límbico constituye un conjunto de estructuras profundas en el espesor del cerebro, interrelacionadas anatómicamente y funcionalmente, cuyo objetivo es la regulación de la actividad vegetativa del organismo, la regulación de las emociones, la motivación, el aprendizaje del ser humano (García Porrero Pérez & Hurlé González, 2014). El cíngulo, correspondiente al giro del cuerpo calloso en la cara interna del hemisferio, el giro parahipocampal en el lóbulo temporal, en su cara interna, en cuya profundidad se hallan el hipocampo y la amígdala, que junto con hipotálamo y algunos núcleos talámicos forman el sistema límbico (Figura 23).

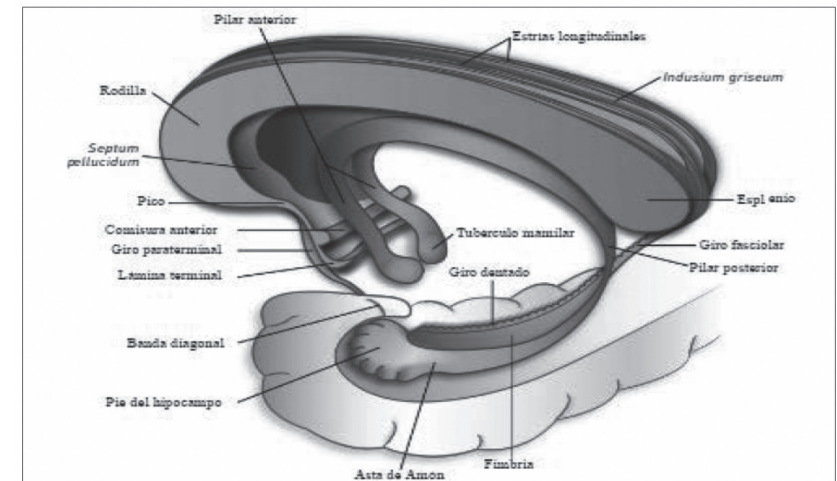


Figura 23: Esquema de los componentes del sistema límbico

Fuente: García Porrero Pérez & Hurlé González, 2014

Nótese en el gráfico que el sistema, en general, recorre los hemisferios a todo lo largo de ellos. El fórnix o trigono nace en el hipocampo y se dirige hacia adelante, para terminar en los cuerpos mamilares, que ya son núcleos hipotalámicos. El giro parahipocampal nace en el temporal y se dirige hacia el frontal, dando una vuelta por sobre el cuerpo calloso en su totalidad. Este sistema límbico actúa en el establecimiento de la actitud emocional del ser humano;

se basa en sus experiencias anteriores y su análisis, lo que provoca, a su vez, el funcionamiento de los procesos de memoria, así como la interconexión con el hipotálamo, a través del trígono o fórnix. La exteriorización de la respuesta límbica se refleja, entonces, gracias al hipotálamo gracias a que este interviene en la regulación del sistema autónomo, en la regulación del sistema endocrino y en la producción de la conducta somática del individuo (Clark, Boutrós, & Méndez, 2012) (Ver figura 24).

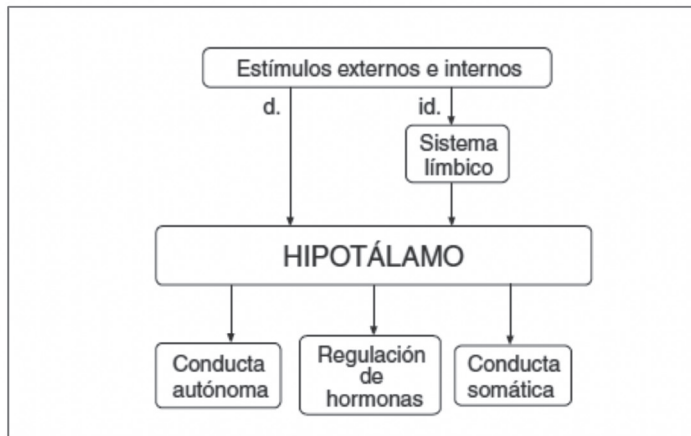


Figura 24. Relación sistema límbico, hipotálamo y producción de la conducta

Fuente: Clark, Boutrós & Méndez, 2012

Pasándonos ya a la corteza cerebral, describiremos que está constituida por la sustancia gris, que corresponde a los somas neuronales, distribuidos en toda la superficie de ambos hemisferios. Estos están encargados, en general, de las funciones de recepción y análisis de información aferente (las zonas ubicadas por detrás de la cisura central o de Rolando), y de las funciones de ejecución (motoras, premotoras y ejecutivas), ubicadas por delante de la misma cisura, en el lóbulo frontal. Todos los axones de dichas neuronas de la corteza se agrupan en lo que se denomina sustancia blanca, que discurre por la espesura del hemisferio, para comunicar la información entre las distintas zonas

de un mismo hemisferio (en cuyo caso se denominan fibras de asociación), o bien para intercambiar información con las neuronas del otro hemisferio (en cuyo caso se denominan fibras comisurales, pues conforman las distintas comisuras [puentes] entre ambos hemisferios. Su máximo representante es el cuerpo caloso (Snell, 2010). No nos olvidemos de indicar la presencia de estaciones profundas de sinapsis (sustancia gris) en la base de los hemisferios, profundamente al lóbulo de la ínsula, en ambos lados: son los núcleos de la base, denominados núcleo caudado, núcleo lenticular y putamen. Estos núcleos se involucran en el control de movimiento, así como en la actividad cognitiva del individuo (García Porrero Pérez & Hurlé González, 2014).

En una pequeña descripción funcional, mencionaremos que el lóbulo frontal se lo ha estudiado en seis aspectos funcionales (Clark, Boutrós, & Méndez, 2012, figura 25):

1. Corteza motora primaria (AB4)
2. Corteza premotora (AB6)
3. Complejo motor suplementario (AMS)
4. Campo ocular motor (AB8)
5. Área de Broca (AB44-45)
6. Corteza prefrontal

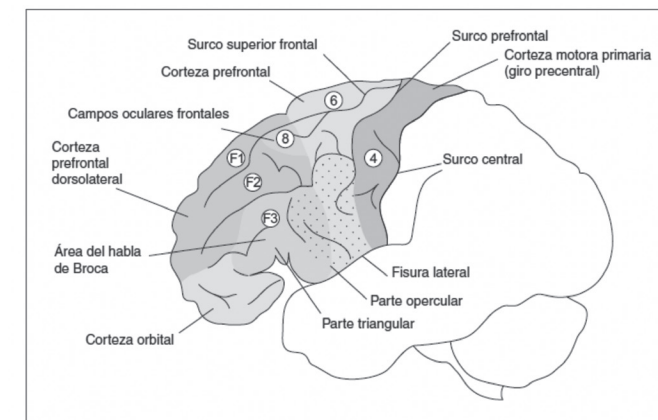


Figura 25. Lóbulo frontal y áreas de Brodmann

Fuente: Clark, Boutrós, & Méndez, 2012

La nomenclatura AB corresponde al número asignado a las áreas funcionales de Brodmann. Se comienza por la corteza motora primaria, de ejecución motriz voluntaria; está situada en el giro precentral y corresponde al área de Brodmann. Se continúa hacia adelante anatómicamente, para llegar a las cortezas premotoras, encargadas de planificar y secuenciar el movimiento para la ejecución motora; incluye los movimientos oculares conjugados y movimientos sacádicos, así como el área denominada de Broca, en honor a Paul Broca, estudioso de la articulación motriz del lenguaje en el hemisferio izquierdo. Conforme avanzamos más hacia adelante en este lóbulo, encontraremos la corteza prefrontal, característica netamente humana, por su función en la producción de funciones ejecutivas, juicios, razonamientos, etc. (Clark, Boutrós, & Méndez, 2012). Resulta interesante mencionar aquí las denominadas *neuronas en espejo*, capaces de reconocer secuencias motoras aprendidas, que facilitan el aprendizaje por la vía de la imitación. La planificación motora que provoca un movimiento puede ser captada por las neuronas en espejo de otra persona.

El lóbulo parietal, comprendido desde la cisura central hacia atrás, inicia por el giro poscentral, en donde se ubica el homúnculo sensitivo, que no es más que la representación tónica de las distintas zonas del cuerpo, hacia las cuales llegarán las correspondientes aferencias de sensibilidad (tacto.) Esta se constituye en el área sensitiva primaria. Es el sitio de recepción de las sensaciones del tacto (Figura 26). Dichos estímulos serán analizados conforme avancemos hasta el giro parietal posterior y surco intraparietal, en los que las sensaciones adquieren la información viso espacial, tanto que el mencionado surco es capaz de planificar los programas motores de agarre con las manos sobre todo de objetos en movimiento. La percepción táctil, a través de movimientos dactilares finos; la atención es otra función importantísima del lóbulo parietal. Hacia el parietal inferior, tenemos las AB 39 y 40, correspondientes al giro angular, sitio de las percepciones multimodales, pues allí convergen las percepciones de los distintos “modos”, refiriéndose a los distintos sentidos (Clark,

Boutrós, & Méndez, 2012) (ver Figura 27) con lo cual, la percepción del estímulo se completa.

El lóbulo occipital, con funciones netamente visuales, comprende, de igual modo, un área visual primaria, llamada también área estriada, una zona de recepción de la sensación visual enviada desde la retina. Esta estimulación tendrá que seguir su camino a través de las zonas visuales secundarias, denominadas AB 18 y 19, para ser analizadas por comparación, con imágenes antes vistas. Vendrán luego los flujos visuales ventral y dorsal, con lo cual completamos la información espacial (dorsal) y con la información que tiene que ver con la semántica (ventral), para terminar en el giro angular y procesar información.

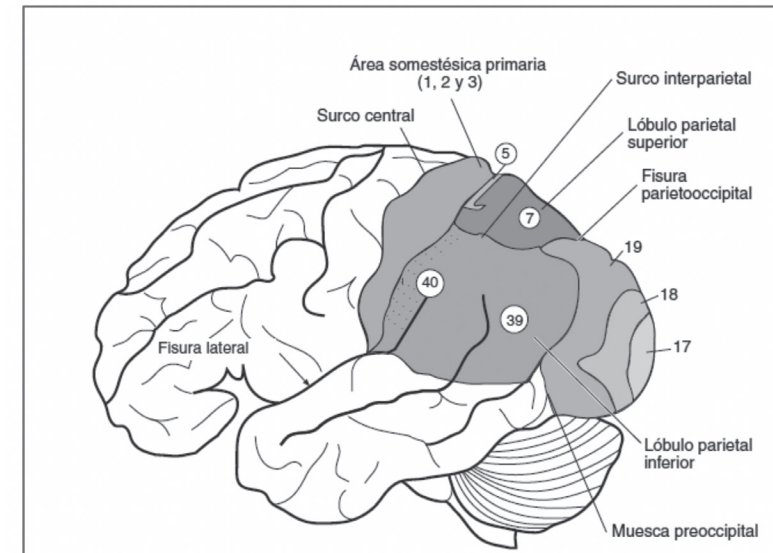


Figura 26. Lóbulo Parietal y áreas de Brodmann

Fuente: Clark, Boutrós, & Méndez, 2012

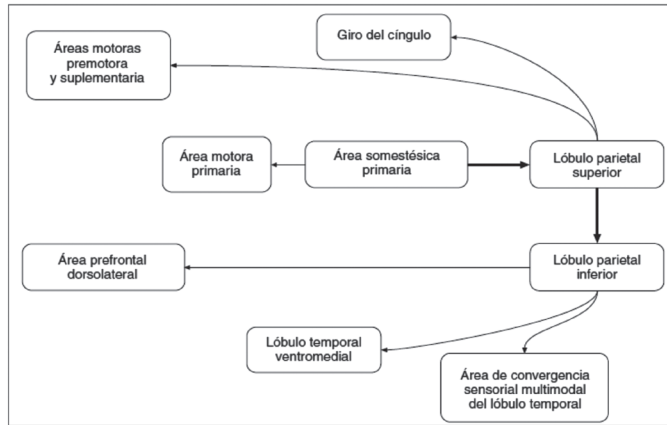


Figura 27. Esquema de las interconexiones parietales. Área de convergencia multimodal  
Fuente: Clark, Boutrós, & Méndez, 2012

Con respecto al lóbulo temporal, su función está relacionada con el sistema límbico, específicamente hipocampo y amígdala, así como con funciones de memoria, emocionalidad, la semántica de las cosas, reservas de memoria para el largo plazo, etc. (véase la Figura 28).

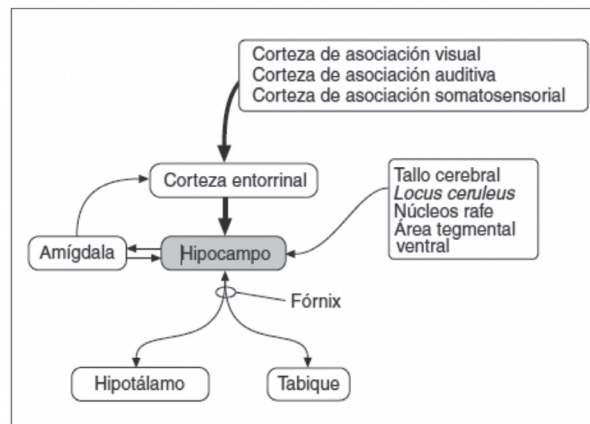


Figura 28. Esquema estimulación multisensorial. Relaciones límbico-hipotalámicas  
Fuente: Clark, Boutrós & Méndez, 2012

## Discusión y conclusiones

En este capítulo se abordó el conocimiento esencial que debe poseer el psicólogo en relación con los fundamentos neurobiológicos, para comprender la cognición, el comportamiento y toda la complejidad subjetiva que un ser humano es capaz de evidenciar en el día a día.

Los autores hemos profundizado en conceptos claves, organizando el contenido en dos grandes temáticas: (a) fundamentos a nivel celular, y (b) fundamentos a nivel macroscópico del sistema nervioso.

En el primer apartado se analizó el papel de la neurona en el funcionamiento cerebral del ser humano, y se resaltó que todo lo que somos capaces de realizar los seres humanos es producto de la interconectividad neuronal. Cuando, por algún factor, como se lo describió en el capítulo, se daña la actividad neuronal, el individuo puede llegar a perder sus habilidades mentales.

Además, en esta primera parte del capítulo, se describió la organización de la neurona, su estructura física, el potencial de acción, la sinapsis, los neurotransmisores, las células de la glía, la proliferación, migración, especialización y apoptosis neuronal, y se cerró la profundización temática mediante una descripción de los factores que pueden ocasionar un daño cerebral adquirido.

Con este apartado destinado a la parte celular que sustenta a la actividad mental humana, se deja en evidencia el papel de la estructura biológica cerebral en los diferentes procesos cognitivos que están presentes en el día a día del individuo. Si estos se alteran, pueden presentarse dificultades en: la regulación de las emociones, el respeto a las normas sociales, actuar con independencia y armonía, tener una flexibilidad cognitiva para resolver problemas, tomar decisiones adecuadamente, entre otras habilidades cerebrales que los seres humanos utilizamos a diario.

En el segundo apartado, se trató, mediante un vistazo general, la neuroanatomía. No necesariamente se ubicaron los detalles de localización y posición de las diferentes estructuras del sistema nervioso –que no es el objetivo fundamental en la formación del psicólogo–, sino más bien se repasaron los conceptos básicos de clasificación, en atención a la evolución de las tres vesículas primarias de la embriología del tubo neural, que van formando estructuras cada vez más evolucionadas, hasta llegar al prosencéfalo, donde las funciones son ya humanas, tratándolas en un orden ascendente, tanto desde el punto de vista anatómico, como funcional.

Hemos expuesto en lo posible, la relación de la función de las distintas zonas del sistema, con la conducta del ser humano. Estos conceptos claves explicarán varios fenómenos del funcionamiento neurológico que, a su vez, van conformando las distintas maneras conductuales de comportarse del humano.

Con este aporte teórico, buscamos que este documento sea uno de los tantos recursos que el docente, interesado en compartir los saberes fundamentales neurobiológicos con psicólogos en formación, utilice en el día a día. Por tanto, invitamos a utilizarlo de manera libre en las clases de asignaturas que impliquen comprender lo que sucede en el ser humano a nivel cerebral.

En siguientes trabajos, los autores de este capítulo, tenemos como interés realizar revisiones sistemáticas sobre las funciones neuropsicológicas específicas, como la atención, la memoria, la percepción, el lenguaje, el movimiento, las funciones ejecutivas y otros temas que son de central interés para el profesional en psicología formado con el avance científico de la actualidad.

## Referencias

- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Cardinali, D. (2005). Los componentes del sistema nervioso. En J. Tresguerres, *Fisiología Humana* (pp. 35-46). Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Carlson, N. (2014). *Fisiología de la conducta, 11a edición*. Madrid, España: Pearson Educación SA.
- Clark, D., Boutrós, N., & Méndez, M. (2012). *El Cerebro y la conducta. Neuroanatomía para psicólogos*. México: El Manual Moderno.
- Donoso, A., Donoso, P., & Donoso, P. (2017). *Neurofisiología y Psicofisiología en la Discapacidad*. Quito-Ecuador: Creativo.
- Domínguez, G. (2015). *Análisis Anatomorradiológico de la circulación del líquido cefalorraquídeo con técnicas de imagen de última generación*. Tesis de Doctorado de la Universidad de Salamanca. Disponible en: [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128340/3/DAH\\_H\\_GonzaloDom%3ADn-guezM\\_An%3%A1.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128340/3/DAH_H_GonzaloDom%3ADn-guezM_An%3%A1.pdf)
- E-Anatomy (2012). Anatomía del sistema nervioso. Recuperado el 10 de abril de 2019 de: <https://www.imaio.com/es/e-Anatomy>
- EcuRed (2019). EcuRed: Enciclopedia Cubana. Recuperado el 17 de abril de 2019 de: [https://www.ecured.cu/L%3%B3bulo\\_cerebral#/media/File:Lobulodf.jpeg](https://www.ecured.cu/L%3%B3bulo_cerebral#/media/File:Lobulodf.jpeg)
- Flores, B. (2019). *Células de la Glía*. Recuperado el 20 de marzo de 2019 de: <https://sites.google.com/site/brenestflo/unidad-4/celulas-de-la-glia>.
- García Porrero Pérez, J., & Hurlé González, J. (2014). *Neuroanatomía Humana*. Madrid, España: Panamericana. Recuperado el 03 de abril de 2019, de [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org).
- Instituto de Educación Ramón Pignatelli. (2019). *El Sistema Nervioso Central*. Recuperado el 3 de febrero de 2019 de:

- [http://agrega.educacion.es/repositorio/14062013/46/es\\_2013061412\\_9103939/SistemaNervioso/sistema\\_nervioso\\_central.html](http://agrega.educacion.es/repositorio/14062013/46/es_2013061412_9103939/SistemaNervioso/sistema_nervioso_central.html).
- Khan Academy. (2019). *La sinapsis neuronal*. Recuperado el 20 de marzo de 2019 de: <https://es.khanacademy.org/science/biology/human-biology/neuron-nervous-system/a/the-synapse>.
- Marín, O. (2009). *Migración neuronal*. Recuperado el 27 de marzo de 2019 de: <https://www.sebbm.es/web/es/divulgacion/acercate-nuestros-cientificos/150-oscar-mari-n-noviembre-2009-migracion-neuronal>.
- Mayo Clinic. (2019). *La meningitis*. Recuperado el 4 de febrero de 2019 de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/meningitis/symptoms-causes/syc-20350508>.
- Nelson, C., & Luciana, M. (2008). *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*. London, England: The MIT Press.
- Neurocirugía Contemporánea. (2019). *El oligodendrocito*. Recuperado el 21 de marzo de 2019 de: <http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=oligodendrocito>.
- Pinterest (2019). *Anatomía Humana: descubre las ideas sobre el tejido conectivo*. Recuperado el 17 de abril de 2019 de: <https://www.pinterest.es/pin/536209899358393150/>
- Poma, A. (2013). *Cerebro y Neuroglia*. Recuperado el 21 de marzo de 2019 de: <http://rubarmandopsicofi.blogspot.com/2013/09/cerebro-y-neuroglia.html>.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2019). *Organización funcional de la neurona*. Recuperado el 18 de febrero de 2019 de: [http://www7.uc.cl/sw\\_educ/neurociencias/html/041.html](http://www7.uc.cl/sw_educ/neurociencias/html/041.html).
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., Lamantia, A., McNamara, J., & Williams, S. (2012). *Neurociencia*. Buenos Aires - Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Ramos-Galarza, C. (2018). El pensamiento moral después del daño cerebral adquirido. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(2), 63-69.
- Ramos-Galarza, C. (2018). *Secuelas Neuropsicológicas en el Daño Cerebral Adquirido*. Quito-Ecuador: Editorial Don Bosco.
- Redolar Ripol, D. (2014). *Neurociencia Cognitiva*. Madrid: Médica Panamericana.
- Romero, I. (2019). *Cómo cambia tu vida tras un Ictus*. Recuperado el 4 de febrero de 2019 de: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/como-cambia-tu-vida-tras-un-ictus>.
- Rosselli, M., Matute, E., & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Serena, K. (2017). *How Phineas Gage Survived An Iron Rod Shooting Through His Skull*. Recuperado el 30 de enero de 2019 de: <https://allthatsinteresting.com/phineas-gage-case>.
- Snell, R. (2010). *Neuroanatomía Clínica*. Washington: Panamericana.
- TIPOSDE. (2019). *Tipos de sinapsis*. Recuperado el 27 de marzo de 2019 de: <https://www.tiposde.com/sinapsis.html>.
- Universia. (2014). *Los hombres son más proclives a padecer tumores cerebrales*. Recuperado el 31 de enero de 2019 de: <http://noticias.universia.es/ciencia-nn-tt/noticia/2014/08/05/1109102/hombres-proclives-padecer-tumores-cerebrales.html>.
- Zillmer, E., Spiers, M., & Culbertson, W. (2008). *Principles of Neuropsychology*. Belmont, USA: Thomson, Wadsworth.

## Glosario de términos

**Aferencia:** estímulo que es receptado por una neurona o conjunto de ellas como parte de una vía nerviosa.

**Cerebro:** órgano esencial para la actividad psíquica, comportamental, cognitiva, afectiva y sensorial. Se encuentra en la parte superior del cuerpo humano, direccionando todos los procesos del sistema nervioso y está conformado principalmente por la corteza cerebral.

**Daño cerebral adquirido:** alteración o lesión repentina en el cerebro, que genera déficits a nivel neuropsicológico, social, familiar y personal en el individuo que lo sufre.

**Eferencia:** estímulo que, naciendo de una zona específica cerebral, sale de ella en dirección a otra continuando con la transmisión nerviosa.

**Factor etiológico:** constituye una causa de algún fenómeno. Por ejemplo, un factor etiológico del daño cerebral adquirido es el traumatismo craneoencefálico.

**Giro o circunvolución:** tejido cerebral que protruye entre dos surcos.

**Metástasis:** migración de un tumor a una parte diferente del cuerpo; en el caso de la metástasis cerebral, se produce por tumores que se originaron en otra parte del organismo y después migran y producen tumores en el cerebro.

**Neoplasia:** crecimiento atípico y anormal de un tumor en alguna parte determinada del cuerpo, el cual puede ser benigno o maligno.

**Neuroanatomía:** ciencia del estudio pormenorizado de las partes del sistema nervioso.

**Neurona:** célula central del sistema nervioso, ya que sus conexiones permiten al ser humano recibir, procesar y transmitir la información que se recibe del medio externo. Mediante su inte-

racción se generan conexiones que permiten al ser humano realizar los actos, desde el más simple como el movimiento, hasta los pensamientos más complejos para resolver problemas.

**Neuropsicología:** especialización de las neurociencias, que analiza la relación existente entre la cognición, comportamiento y estructuras cerebrales del ser humano.

**Prosencéfalo:** vesícula primitiva, la más anterior en el polo cefálico del tubo neural en el embrión, de la que provendrán el diencéfalo y telencéfalo.

**Surco:** pequeñas entrantes labradas en la superficie del encéfalo, con el objeto de aumentar la superficie de la sustancia gris.

**Sustancia blanca:** conjunto de axones de coloración blanca, situada profundamente a la sustancia gris.

**Sustancia gris:** agrupación de somas neuronales que dan una coloración grisácea a simple vista y que se ubica en la corteza cerebral y en algunos núcleos de la base.

**Sistema límbico:** organización funcional de algunas zonas del sistema central, en la función de producción de la emoción del ser humano.

**Traumatismo craneoencefálico:** impacto directo e indirecto que recibe el cráneo.

**Tubo neural:** formación embrionaria primaria, de ectodermo de donde provienen el sistema nervioso.



## Capítulo VI

### Fundamentos de Sexología aplicada a la Psicología

Sexology Fundamentals applied  
to Psychology

**Dr. Andrés Subía Arellano**





### **Dr. Andrés Subía Arellano**

Andrés Subía es Doctor en Psicología Clínica, Magíster en Educación, Diplomado en: Investigación Educativa, Currículo y Didáctica, Tecnología, Gerencia y Liderazgo y *Máster en Ciencias de la Sexología*; docente de las cátedras de Psicosexología y Psicología Experimental. Autor del libro: *Ideología de género, erotismo y satisfacción sexual: Criterios sobre sexualidad femenina* (Editorial Académica Española). Autor de publicaciones indexadas como: Somatotipo y comportamiento erotofílico - erotofóbico: Análisis en estudiantes de pregrado de la Universidad Tecnológica Indoamérica, Relación de la ideología de género con la satisfacción sexual. Actualmente, cumple la función de Coordinador de la carrera de Psicología de la Universidad Indoamérica, en la sede Quito.

### **Dedicatoria**

Para quienes son mi continua inspiración:  
Luisa, Kelly y Priscila.

## Resumen

El presente capítulo expone aspectos relacionados con la Sexología, y específicamente su razón de estudio: la sexualidad, esto es, definiciones, criterios y constructos, sus implicaciones en el mundo de la conducta humana; la complejidad de su expresión dependiendo de la cultura, la época y las características psicológicas propias del individuo. Asimismo, se visualiza su proyección en el tiempo desde las costumbres arcaicas de las primeras civilizaciones hasta las representaciones culturales contemporáneas, su proyección en relación con el avance de la ciencia y la tecnología. Por otro lado, se reflexiona sobre las posibilidades de una verdadera educación sexual que privilegie el conocimiento por encima del dogmatismo, el derecho a vivir nuestra sexualidad con libertad responsable, sin prejuicios; el derecho de amar nuestro cuerpo y disfrutar de él; de compartir afectos y erótica con las personas que deseemos sin importar si este vínculo se enmarca dentro de los estereotipos socialmente aceptados. Adicionalmente, se reflexiona sobre la importancia de fomentar mejores relaciones entre las personas, más allá de los conflictos de género, preservando la idea de que lo que debería prevalecer es el género humano. Se concluye con una visión holística de la sexualidad que debe estar respaldada por la continua investigación para otorgarle a la Sexología el importante papel que dentro de las ciencias sociales y de la salud está destinada a tener.

**Palabras clave:** sexología, sexualidad, psicología, conducta.

## Abstract

This chapter exposes aspects related to Sexology, and specifically its reason for study: sexuality. Definitions, criteria and constructs; its implications in the world of human behavior; the complexity of its expression depending on the culture, the time and the psychological characteristics of the individual. Likewise, we visualize its projection in time from the archaic customs of the first civilizations to contemporary cultural representations, its projection in relation to the advance of science and technology. On the other hand, we reflect on the possibilities of a true sexual education that privileges knowledge over dogmatism, the right to live our sexuality with responsible freedom, without prejudice, the right to love our body and enjoy it; to share affection and erotic with the people we want regardless of whether this link is framed within socially accepted stereotypes. Additionally, it reflects on the importance of promoting better relationships between people, beyond gender conflicts, preserving the idea that what should prevail is the human race. It concludes with a holistic view of sexuality that should be supported by continuous research to grant sexology the important role that within the social sciences and health is destined to have.

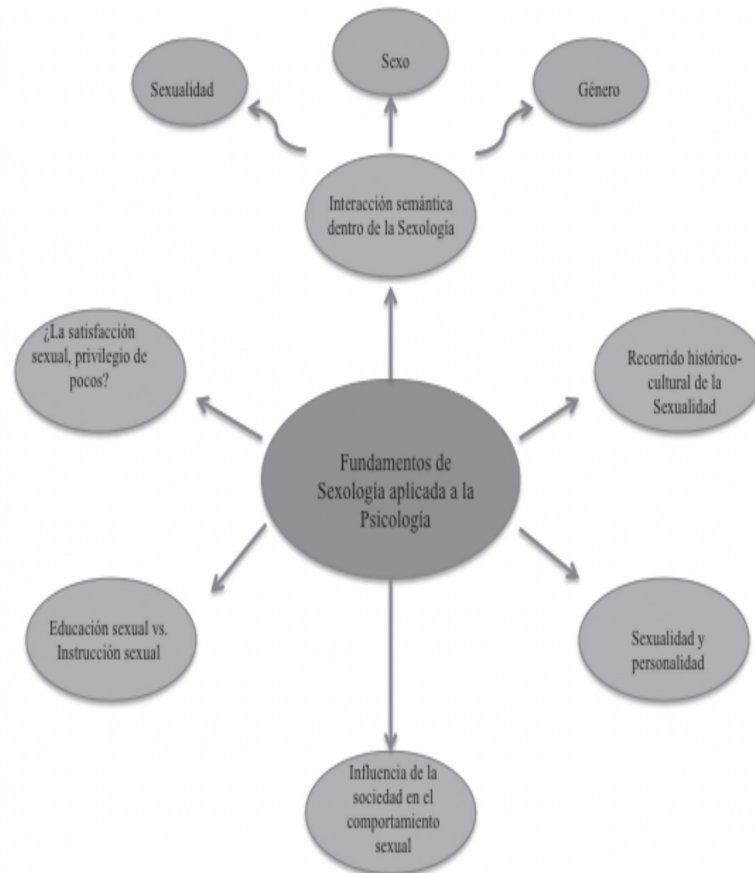
**Keywords:** Sexology, sexuality, psychology, behavior.

## Introducción

A través de la historia, se han ido estructurando varias disciplinas científicas; todas ellas, producto de la inquietud del hombre por explorar el mundo físico que le rodea y el mundo interior que se ve representado en la siempre dinámica conducta humana. En este espacio intentamos un acercamiento a los aspectos más relevantes de la sexología, la cual presenta más inquietudes que certezas. Se debe reconocer asimismo que el comportamiento sexual es uno de los aspectos fundamentales del hombre como especie y uno de los más complejos de entender.

En las siguientes páginas se exponen algunas de las definiciones fundamentales de esta disciplina, su desarrollo histórico, a través de las culturas más representativas, las cuales presentan un extraordinario legado de costumbres y tradiciones; luego, se establece un acercamiento a los planteamientos relevantes de varios autores que han intervenido en el advenimiento de la sexología como ciencia. Se revisan algunos fundamentos psicológicos, la personalidad como predisponente del comportamiento sexual, la estructura dicotómica denominada erotofilia-erotofia, entre otros; la educación sexual contemporánea en oposición a la instrucción mecanizada del pasado será también parte de este análisis.

Finalmente, se reflexiona sobre el futuro incierto de la sexualidad humana en un mundo donde el contacto se vuelve más limitado cada día y la tecnología intenta reemplazar la interacción humana por la virtual; un mundo donde peligra el balance entre pensamientos y afectos (Figura 1).



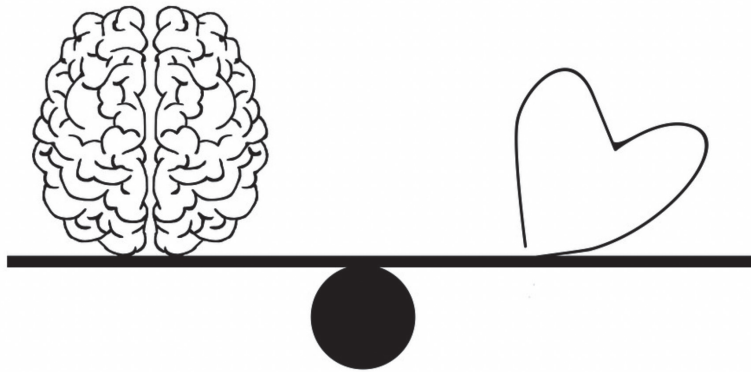


Figura 1. Representación gráfica del equilibrio entre el pensamiento y los afectos

Fuente: Pixabay (2017)

## Interacción semántica dentro de la sexología

Tomando en consideración que la sexualidad por muchos años se vio vedada por la cortina del mito y la prohibición, es necesario generar un discurso coherente que solo puede darse en medio de un manejo adecuado de los términos que definen los comportamientos sexuales y el contexto mismo de la sexualidad.

En el vértice superior de las definiciones encontramos a la sexología considerada por Zapata & Gutiérrez, (2016), como:

Una disciplina científica y humanística que estudia los problemas relativos al sexo y la sexualidad en sus dimensiones bio-psico-sociales y culturales, en sus aspectos normales, disfuncionales y patológicos, con los aportes de diversas disciplinas reunidas en un campo integrador multi e interdisciplinario p. 53

Aunque su campo de estudio esté por demás claro y, a nivel mundial, existan importantes revistas científicas que tratan el fenómeno de la sexualidad humana de forma rigurosa, en la cultura po-

pular aún persisten mitos que confunden su abordaje y mantienen la ignorancia latente en nuestros días.

La sexología es una ciencia incómoda. No solo hay que cuidar lo que uno va a decir en un artículo, conferencia, conversando con un paciente o con un educando, sino también qué palabras va a usar que no incomoden al otro, pero que al mismo tiempo las entienda. Eso no ocurre en las áreas de la Medicina, de la Psicología o de alguna otra disciplina o ciencia, tenga o no relación con la salud y el cuidado del ser humano. (Granero, 2014, p. 180).

Varias han sido las ciencias que, anteriormente, intentaron explicar la complejidad de la conducta sexual humana; por un lado, la medicina desde un enfoque biólogo, y por otro lado, la psicología desde el análisis de los procesos mentales implicados en el desenvolvimiento psicosexual; pero de la misma forma, han participado otras disciplinas como: la antropología, la sociología, la genética, entre otras.

Para entender la sexología, es preciso entender su objeto de estudio: la **sexualidad**, la cual, según la Organización Panamericana de la Salud (2000), se define como:

“Una dimensión fundamental del ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien puede abarcar todos estos aspectos, no es imprescindible que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”

Cuando se habla de sexualidad, se hace referencia a las vivencias: la caricia, el beso, el poema, la mirada vestida de picardía, el orgasmo, las relaciones de género, la identificación con uno u otro sexo. En general, todas estas experiencias que conjugan la interac-

ción entre el cuerpo y la psiquis son las que generan sentido a una vida que se manifiesta a través de la continua lucha entre el placer y el displacer.

Entonces, surge la interrogante: ¿son las vivencias sexuales placenteras? Por supuesto que sí y, además, de ser placenteras son una necesidad; no en vano se ubican como necesidades básicas. Maslow (como se citó en Elizalde, Martí, & Martínez, 2006) clasifica las necesidades en orden jerárquico:

En primer lugar se encuentran las necesidades fisiológicas que son las más básicas y más potentes de todas, pero son las que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización. Entre ellas se encuentran la necesidad de liberarse de la sed y del hambre; de aliviar el dolor, el cansancio y el desequilibrio fisiológico; la necesidad de dormir, de sexo. (p. 5).

El sexo coital se ve como una necesidad inmediata, pero luego vienen necesidades como la de amor y pertenencia, que también deben ser consideradas vivencias sexuales sublimadas y las necesidades que se encuentran en las jerarquías superiores cognitivas y estéticas, de una u otra forma, también se encuentran vinculadas con la sexualidad.

Retomando la idea del vínculo: sexo = placer, se sabe que sin ser la única sí puede considerarse como una importante finalidad de las vivencias sexuales: la de conseguir placer. Las personas, sin llegar a ser consideradas seres hedonistas, tienen una profunda necesidad de procurarse placer, aunque esto confronte las regulaciones sociales impuestas, encaminadas a convertir a las personas en sujetos productivos en medio de una sociedad de consumo.

Como sea que se la mire, la sexología estudia estas vivencias sexuales que giran en torno del sexo; pero no del sexo que la Organización Panamericana de la Salud, (2000) plantea como: “El conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como hembras y machos”. Cuando se habla de sexo, se hace referencia al contacto sexual; contacto que puede darse a través de los sentidos, principalmente del tacto. La piel como

órgano receptor de sensaciones es privilegiada respecto de lo que nos puede ofrecer como medio para obtener placer.

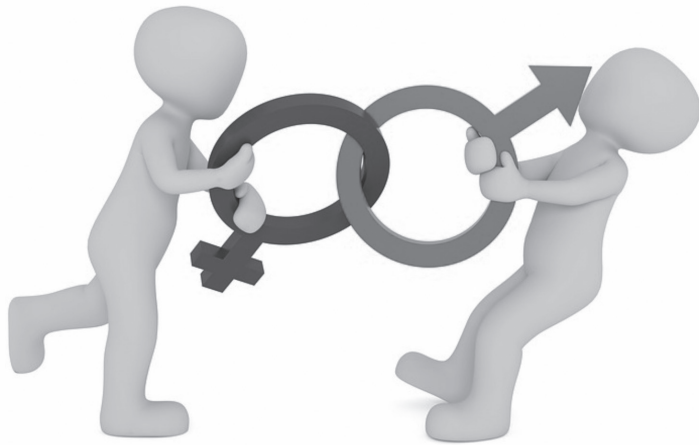
Las vivencias sexuales se dan dentro de un contexto social; contexto que, al mismo tiempo, influye sobre el individuo y va condicionando su forma de expresarse en su interacción con los demás.

Esta influencia genera relaciones entre los integrantes de los dos sexos, donde la erótica y los afectos se conjugan para determinar el marco de las preferencias sexuales. Ello ha dado como resultado la orientación sexual que, según la Organización Panamericana de la Salud, (2000), puede manifestarse en forma de: “comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos”.

La orientación sexual implica un direccionamiento de la erótica y de los afectos hacia una persona, que puede ser del sexo opuesto, del mismo sexo o de los dos. Aun naciendo con atributos sexuales definidos en la mayoría de los casos (no así en la intersexualidad), el individuo asume un papel determinado por la sociedad, denominado género.

El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetua las relaciones particulares de poder entre hombres y mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Las relaciones entre los géneros están matizadas por permanentes conflictos, que seguirán presentes mientras no se entienda que hombres y mujeres no son seres opuestos, sino complementarios (Figura 2).



**Figura 2.** Representación del conflicto de género

Fuente: Pixabay (2017)

En definitiva, lo importante de las ciencias sexológicas es poder llamar a cada situación, a cada órgano sexual, a cada interacción social y afectiva por su nombre. Ni los prejuicios ni la discriminación deben ser aceptados en una sociedad civilizada. El desconocimiento no justifica la agresión de la cual son objeto quienes piensan o sienten de manera diferente.

## Recorrido histórico-cultural de la sexualidad

Para analizar la evolución de un comportamiento se deben entender los caminos que recorre. La sexualidad varía de un tiempo a otro, de una cultura a otra, de un individuo a otro.

La historia muestra escasas evidencias de tendencias sexuales universales. La sociedad estadounidense contemporánea, por ejemplo, puede ser permisiva cuando se la compara con la era Victoriana y posteriores —periodo entre las dos guerras mundiales—. Pero este periodo parece muy formalista cuando se compara con los excesos

sexuales de algunas sociedades antiguas; la más notable, la clase gobernante de la antigua Roma (Rathus & Nevid, 2005).

La sexualidad es inherente al ser humano por su condición de ser sexuado y sensual. Por eso, sería pertinente preguntarse ¿desde cuándo el hombre tiene conciencia de su sexualidad? Los animales más cercanos al hombre respecto a evolución, principalmente, los primates, pueden tener demostraciones incipientes de interacción, pero en el ser humano esa interacción se establece dentro de normativas culturales. La sexualidad cumple propósitos adicionales a la reproducción; más bien son propósitos vinculados con la búsqueda de placer, placer en la interacción. Sin embargo, las religiones, particularmente la judeo-cristiana, establecen restricciones respecto de las experiencias sexuales, considerando a aquellas que no tienen fines de procreación y que no se circunscriben a una relación monogámica tradicional, como actos de lujuria o perversos. En un estudio que relaciona religión y sexualidad, Moral (2010) manifiesta que: “los cristianos y las personas con religión más practicantes valoran más la virginidad, condenan más la pornografía y aceptan menos la masturbación. Las personas sin religión, consonante con su identidad, adoptan una actitud de mayor aceptación” (p. 58). En otras culturas más bien la sexualidad es motivo de festejo, de celebración (Vaggione, 2009).

La expresión de la sexualidad difiere en las diversas culturas. Algunas de ellas, más representativas históricamente hablando, presentan costumbres y tradiciones que las definen; también sus expresiones eróticas son parte importante de su legado cultural.

Grecia, por ejemplo, ha sido en muchos aspectos considerada cuna de la cultura, del arte, la literatura y las ciencias; pero su papel en la expresión diversa de la sexualidad es innegable, haciendo referencia a las costumbres de los griegos Duce (2017), expone:

Existe una sublimación de las relaciones homosexuales masculinas, pese a ser un elemento controlado por la ciudad con fines educativos. Es quizá la relación que se trata con más cuidado, que presenta tabúes iconográficos y que nos da más variedad de información. Las relaciones entre mujeres son invisibles y por lo tanto difícilmente

rastreados, pero tenemos ciertos datos para hablar de un mismo tipo de expresividad. Por el contrario, constatamos una negación del matrimonio como relación erótico-afectiva, salvo ciertas excepciones a pesar de todas las historias míticas de amores heterosexuales.

Para los antiguos griegos, el imperante patriarcado y la desvalorización del papel femenino en la sociedad, que rayó en la misoginia, promovieron la práctica homosexual como el mecanismo ideal de mantener este elitismo masculino. La transmisión de los conocimientos se daba de forma lineal, de maestro a discípulo, dentro de un marco de sublimación de las relaciones sexuales practicadas por un hombre adulto y un hombre joven (en el joven era admirada su belleza y en el adulto, la representación de fortaleza y sabiduría). Esta predilección por las conductas homosexuales se ve reflejado en diversas representaciones artísticas (Figura 3).



**Figura 3.** Fotografía de esculturas griegas

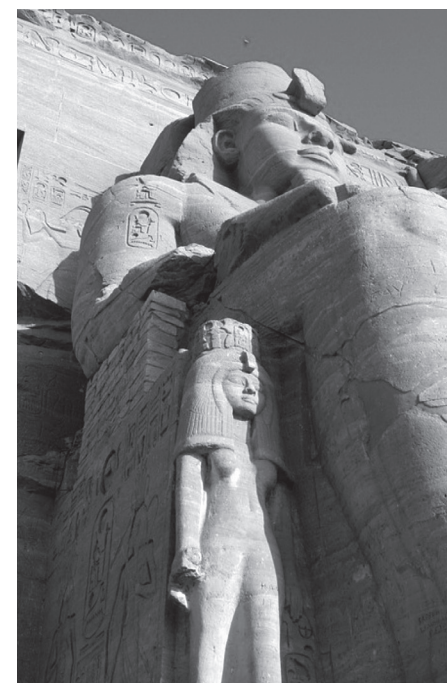
Fuente: Pixabay (2017)

Una importante oportunidad para el flicteo entre hombres adultos y también jóvenes era el *symposium*; fiesta donde abundaba el licor y muchos creerían que eran orgías, aunque no existe una evidencia contundente de que fuera así.

En lo relativo al matrimonio heterosexual, este vínculo era concertado. El novio, generalmente, duplicaba la edad de la novia que estaba alrededor de los 16 años.

Cambiando de continente en el extremo nororiental de África, tenemos a los egipcios, con tradiciones que igualmente pueden resultar hoy en día descontextualizadas pero que, sin embargo, fueron práctica común en épocas antiguas. En este sentido, Vera-Gamboa (1998), expone: “Dentro de la cultura egipcia el incesto estaba permitido y la circuncisión, práctica adoptada posteriormente por los judíos, tenía un carácter ritual en la ceremonia de iniciación de la adolescencia”.

Los faraones egipcios intentaban mantener la pureza de sangre de su linaje, a partir del matrimonio entre hermanos y entre padres e hijas; todo esto, dentro del poder absoluto de su investidura (Figura 4).



**Figura 4.** Representación de la omnipotencia del faraón

Fuente: Pixabay (2016)

La libertad en la expresión sexual egipcia se puede observar en representaciones artísticas como el “Papiro erótico de Turín”, donde se observan orgías en las que participaban sacerdotes, miembros de la corte y otros personajes de la élite social.

También se piensa, a partir de las evidencias encontradas, que aceptaban prácticas sexuales como la necrofilia o la zoofilia (Los Andes, 2019).

Japón, por su parte, aún preserva vestigios culturales tan firmes como en sus tiempos de apogeo. Un referente del papel de la seducción femenina fue el de las geishas, personajes reconocidos a nivel mundial como representantes culturales del pueblo japonés.

Las *geishas* tardaban largos y difíciles años en aprender a entretener a sus clientes, servirles té o sake, cantar y bailar para ellos, recitar poemas o tocar instrumentos. En sus servicios no estaban necesariamente incluidos aspectos sexuales, a los que se dedicaban distintas clases de prostitutas (Seco, 2014, p. 66) (Figura 5).



**Figura 5.** Fotografía de esculturas de geishas japonesas

**Fuente:** Pixabay (2016)

En Japón, también se pudo evidenciar el papel de la mujer como objeto sexual, incluso como mercancía que se entregaba como ofrenda en tiempos de guerra. “Uno de los casos menos conocidos es que los estadounidenses al terminar la guerra usaron centros de consuelo establecidos por el gobierno japonés para su diversión al igual que se dieron diversos casos de violación a civiles japonesas” (Vivas, 2010).

En una época más remota, específicamente el período Edo, se observa en varias representaciones artísticas, principalmente en algunas xilografías, la expresión sexual más relajada de lo que podemos observar hoy en día en Japón, y una situación curiosa es la práctica difundida en la tradición samurái que consistía en la relación sexual entre jóvenes aprendices y sus maestros, las cuales involucraban afectos muy valorados dentro de esta tradición. Eso nos recuerda las prácticas homosexuales bastante conocidas en la antigua sociedad griega (Centro de cultura asiática, 2016).

La India, otra cultura milenaria, presenta tradiciones sexuales ligadas con su práctica religiosa. La naturalidad con la que el pueblo hindú miraba la sexualidad se puede evidenciar en sus textos sagrados: el tantrismo, sus rituales, mitos, filosofía se vinculan con las vivencias sexuales. “Se puede afirmar que el tantra representa un sistema práctico completo para orientar y enfocar la libido humana, fomentándola primero y alejándola después de los fenómenos pasajeros del mundo, para enfocarla hacia un objeto trascendente”. (Román, 1996, p.65). La representación universalmente difundida de la relevancia de la sexualidad en la tradición hindú es su icónico libro el Kamasutra.

Hoy en día se pueden observar en los templos de la India las más variadas escenificaciones de actividad sexual sin restricciones, como lo muestran sus variadas representaciones artísticas de los genitales, del cuerpo desnudo y de las más diversas formas de contacto sexual, que son veneradas y exhibidas al público en general, como un pintoresco atractivo turístico (Figura 6).



**Figura 6.** Fotografía de templo hindú con representaciones explícitas de las relaciones sexuales  
**Fuente:** Pixabay (2014)

En el llamado nuevo continente, en la América preincásica también se dieron expresiones interesantes de la sexualidad.

Se puede hablar de la existencia de un arte erótico en el antiguo Perú. Los alfareros moche fueron los grandes maestros de la cerámica preincásica y los autores del mejor arte erótico en el antiguo Perú. Existía, incluso, la promiscuidad sexual y se podían encontrar prostíbulos hasta en lugares donde era poco común ver un acto de sodomía. (Esparza, 2005) (Figura 7).



**Figura 7.** Imagen de un paisaje de la región interandina del Perú  
**Fuente:** Pixabay (2012)

Los descubrimientos arqueológicos traen a la luz diversidad de representaciones que destacan las más diversas expresiones sexuales. Dentro de las costumbres observadas en estos pueblos, encontramos la posibilidad de unión matrimonial entre parientes, con el propósito de conservar la nobleza inca. Asimismo, era parte de sus tradiciones la posibilidad de convivir con la pareja seleccionada en un período de prueba denominado “matrimonio servinacuy”; y, luego si la relación era adecuada, podían solicitar el matrimonio. Las relaciones sexuales entre jóvenes eran bien vistas; también se practicaba la sodomía como un ritual religioso con jóvenes varones prostitutas (Fayanas, 2017).

En la época contemporánea se puede comparar el comportamiento sexual de los europeos, los países de Medio Oriente, los norteamericanos, los latinos, considerando que algunos de estos pueblos se han quedado relegados en el tiempo, sujetos a atavismos culturales

semejantes al tiempo lejano en que fueron establecidos, principalmente de la mano de la religión, mientras que otros van renovando comportamientos de la mano de los avances tecnológicos y a su vertiginoso desarrollo.

Lo que resulta enigmático es que aquellos pueblos donde la práctica sexual era aceptada con naturalidad e, incluso, tenía un carácter relevante y hasta sagrado, hoy en día prevalece la prohibición y las restricciones moralistas de las expresiones afectivas y eróticas.

## Sexualidad y personalidad

La sexología como ciencia ha sufrido a través del tiempo una trasmutación desde que se utilizó esta denominación. Los pioneros en tratar asuntos de sexualidad de manera científica; fueron Havelock Ellis, en la Inglaterra de la época victoriana (Mora S., 2014), desde un punto de vista biologicista; y, por otro lado, Sigmund Freud quien la enmarcó dentro de la compleja estructura teórica del psicoanálisis (Freud S., 2012).

La sexología no es una derivación de la psicología; pero la conducta sexual, puede entenderse y explicarse a través de conceptos psicológicos; asimismo, los trastornos de la sexualidad se confrontan con el uso de estrategias psicoterapéuticas. Estas son algunas de las razones por las cuales la psicología y la sexología se relacionan con el propósito de generar bienestar sexual y, en consecuencia, bienestar psíquico.

Existen dos aspectos importantes que deben considerarse en el plano de la sexualidad: por un lado, se analiza el constructo dicotómico erotofilia-erotofobia (Fisher, Byrne, White, & Kelley, 2010). Según estos autores, la erotofilia-erotofobia es considerada como un rasgo de personalidad, el cual puede perfilarse a la erotofilia, cuando existe apego al erotismo o a la erotofobia que implica aversión y desapego.

También consideramos los afectos sexuales: el deseo, la atracción y el enamoramiento, (López, 2014), piezas importantes de la vo-

luble interacción afectiva que involucra a las personas, sin importar su orientación sexual, en una mezcla de acciones y reacciones, cuyo propósito oculto o consciente es la consumación del contacto sexual, en medio de un ritual de erotismo y sensualidad (Figura 8).



**Figura 8.** Fotografía representando de sensualidad femenina

**Fuente:** Pixabay (2017)

## El deseo

Es psicológicamente percibido como sentimiento de la necesidad de buscar satisfacciones sexuales, tensión psicósomática, fantasías sexuales, deseo de abrazar y acariciar, deseo de ser abrazado y acariciado, deseo de realizar determinadas actividades sexuales, etc. (López, 2014).

La presencia de deseo sexual moviliza gran parte de las actividades humanas. Las personas realizan múltiples rituales de socialización para procurarse oportunidades de satisfacer este deseo (Figura 9).



**Figura 9.** Fotografía de la representación simbólica del deseo

Fuente: Pixabay (2012)

## La atracción

La atracción sexual supone el deseo; pero está orientada básicamente hacia el objeto (definido en este caso) del deseo. Implica que alguna persona o estímulo sexual concreto (real o fantaseado) tiene “valencia erótica”, capacidad de provocar la movilización del deseo hacia un objeto sexual concreto (López, 2014).

Si el deseo es el motor de nuestras acciones, la atracción es nuestra brújula; cuando una persona se siente atraída por alguien utilizará los recursos que tiene a su alcance para conseguir un acercamiento físico y afectivo (Figura 10).



**Figura 10.** Imagen de la expresión del deseo

Fuente: Pixabay (2017)

## El enamoramiento

El enamoramiento, en su sentido más propio, es definido, según la Psicología, como “el estado de una persona dominada por un vivo sentimiento hacia otra, a quien considera su mayor bien, con la que desearía estar unida para siempre y por la que llegaría a sacrificar, si fuera necesario su propia vida”. O dicho de otra forma, como “el estado que vive una persona, dominada por vivos sentimientos de contenido erótico, deslumbrada gratamente ante la imagen enormemente positiva, que se ha formado de otra, con la que ha tenido la fortuna de encontrarse” (Mora J., 2007, p. 363).

El enamoramiento es un estado afectivo necesario para establecer lazos duraderos entre dos personas. Puede variar en su intensidad y en su forma de expresarse. Lo que sí es común a las personas enamoradas es la limitación de su juicio respecto de la evaluación de quien es sujeto de sus afectos (Figura 11).



**Figura 11.** Fotografía expresando el amor

Fuente: Pixabay (2015)

## Influencia de la sociedad en el comportamiento sexual

### ¿En qué medida el comportamiento sexual se puede considerar un acto de completa autonomía?

Existen, por un lado, una suerte de atavismos instintivos que nos empujan a repetir los rituales de apareamiento de los mamíferos, con mayor cercanía, de los primates; pero el ser humano tiene un condicionamiento aún más fuerte, algo que es propio de su especie,

algo que no siendo natural forma parte de existencia: la regulación social, auspiciada por preceptos religiosos en unos casos, políticos en otros, determina lo que es socialmente aceptable y lo que no lo es; la sociedad define estereotipos; la sociedad restringe las expresiones de afecto; la sociedad dictamina quiénes son libres de manifestarse sexualmente; la sociedad discrimina; a las personas se les niega su derecho a vivir una vida sexualmente plena (Figura 12).



**Figura 12.** Imagen de una pareja de mujeres, relación no aceptada socialmente

Fuente: Pixabay, (2019)

La edad empieza siendo un limitante. A los jóvenes se les instruye para reprimir su sexualidad hasta que tengan la edad para ser responsables y, con el pasar de los años, esos jóvenes llegarán a ser ancianos y nuevamente la sociedad decidirá, sin tomar en cuenta la opinión del individuo, que ya es muy viejo para expresarse sexualmente.

Cuando el limitante de la edad ha sido superado, entran en escena otros como la presencia de discapacidades; alguien con retardo mental debe ser protegido de la vida sexual, porque según la moral colectiva no está en capacidad de entender, peor aún manejar las relaciones afectivas, menos aún las sexuales, y se afirma que quien mantenga relaciones con alguien con discapacidad intelectual está abusando de esta persona. También las otras formas de discapacidad limitan. Se cree que la única forma de vivir la sexualidad es con el uso de los genitales, y quien se ve limitado anatómicamente y fisiológicamente para utilizarlos no tiene la posibilidad de cualquier otra forma de expresión.

El género es otro factor excluyente. Por mucho tiempo, la mujer fue considerada sujeto de deseo, y no así sujeto deseante. Cuando varias aparentes limitaciones se conjugan en la misma persona, la situación se vuelve más compleja.

Las mujeres con discapacidad viven constantemente descalificadas e infantilizadas; con frecuencia la violación de sus derechos humanos se genera desde el interior de su familia, desde su grupo de amigos y, por supuesto, desde las instituciones de asistencia social que, al desplegar su discurso paternalista de seguridad social y bienestar, ubican a estas mujeres en el mismo nivel que las niñas o adolescentes, quienes por no contar con las habilidades necesarias para manejarse de manera independiente no son tomadas en cuenta como sujetos de derechos, y más bien se les considera incapaces y se les niega el acceso a las mismas oportunidades y obligaciones que al resto de la población (Cruz, 2004, p.160).

Esta sociedad es bastante permisiva con los hombres y juzga con mayor vehemencia a las mujeres cuando de libertades sexuales se trata.

Una forma de discriminación más solapada la establecen la condición socioeconómica y los estereotipos de atractivo físico. En la sociedad occidental, parecería que apenas un pequeño porcentaje de individuos cumplen con los requisitos de belleza y estatus para ser merecedores de la venia social y poder disfrutar de su sexualidad.

## Educación sexual vs. Instrucción sexual

La educación integral en sexualidad (EIS) es un proceso que se basa en un currículo para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos (UNESCO, 2018).

Un proceso de educación sexual que considera las diferencias individuales, los intereses particulares y la ideología de cada persona frente a una educación impuesta a manera de instrucción que determina estándares de comportamiento y códigos de moral, es uno de los principales debates dentro del campo de la sexología. Se intenta formar adultos responsables, pero no adultos reprimidos. El miedo a las infecciones de transmisión sexual, al embarazo prematuro, como cualquier otra causa de temor, puede desvanecerse; pero la reflexión con base en proyectos de vida perdura más en el tiempo (Imagen 13).



Figura 13. Fotografía de promoción de los anticonceptivos

Fuente: Pixabay (2015)

Dependiendo de una gama de coyunturas sociales, culturales, económicas y políticas, resulta igualmente posible que el cambio desate fuerzas conservadoras y hasta incluso reaccionarias, como que aliente lo que vemos como transformaciones sociales más positivas, que pudieran garantizar cada vez más la dignidad y la libertad humanas, a través de la extensión y la expansión de los derechos sexuales y reproductivos. (Parker, Petchesky, & Sember, 2008, p.452).

### ¿Se puede enseñar lo que se desconoce?

La instrucción impone, la educación ofrece alternativas; la instrucción somete, la educación libera; la instrucción establece parámetros de normalidad, la educación abre la mente a todas las posibilidades, siempre que estas guarden consenso al interior de la pareja y no atenten contra la autonomía de cada individuo.

Durante años se ha venido instruyendo sobre cómo prevenir infecciones de transmisión sexual, sobre el control de la natalidad, pero en este nuevo milenio impera la necesidad de enseñar a las nuevas generaciones a decidir con responsabilidad, a actuar sin temor pero sí con amor, a respetar. La instrucción nos condiciona, la educación sexual prepara a las personas para un entorno de continua toma de decisiones.

### ¿La satisfacción sexual, privilegio de pocos?

Al hablar de satisfacción sexual se hace referencia a la sensación de gratificación experimentada a partir del contacto sexual. “Una respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la relación sexual de una persona” (Laurance and Byerswho, 1995, p. 268) (Figura 14).



Figura 14. Imagen representando la satisfacción sexual

Fuente: Pixabay (2016)

Dentro de los factores asociados con la satisfacción sexual, podemos mencionar a la ideología de género (Subía, Ramos, Cevallos, & Echeverría, 2016). La ideología de género, la fuerza de las ideas que fueron instauradas en la estructura psíquica de las personas respecto del papel que la sociedad impone a hombres y mujeres, condiciona su actitud. No es que las mujeres deseen menos que los hombres; probablemente reprimen la expresión abierta de este deseo. Son años de condicionamiento, donde la represión es vista como una virtud. Pero esa es una de las tantas limitaciones que nos autoimponemos; la edad, la falta de atractivo, el estatus social, la enfermedad son otras variables que limitan nuestra posibilidad de expresarnos sexualmente. (Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, & Sierra, 2014).

## La sexología en el futuro

Mirando el futuro incierto, donde la tecnología y la comunicación se desarrollan de forma estrepitosa, es ineludible pensar que estos modificarán nuestro comportamiento; la restricción de comunicación personal reemplazada por el contacto intangible de las redes sociales, la sed de piel (Lucas, 2009) ya no podrá ser saciada por el contacto físico; virtualizaremos nuestros afectos, las vivencias de la sexualidad serán vivencias de conexiones hápticas.

Pero si se reflexiona, estas modificaciones no lapidan la sexualidad porque la sexualidad no está en los genitales ni es propiedad del entorno físico; porque aunque se mutilen los sentidos todavía sobrevivirán: la fantasía, el deseo, la necesidad de placer; todo ello procesado en el encéfalo entre sistema límbico y corteza, entre sentimientos e ideas.

La psicología es una ciencia joven que persistirá mientras existan funciones mentales, y la sexología vivirá mientras su objeto de estudio, la sexualidad, sea requerida para los fines unas veces hedonistas, otras tantas altruistas, así lo demanden (Figura 15).



**Figura 15.** Imagen representando el futuro de las ciencias psicológicas

**Fuente:** Pixabay (2019)

Pero mientras llegan esos días aparentemente sombríos, el hoy está pletórico de inquietudes, de cambios obligados, de propósitos, de la búsqueda de estrategias para que aquello que se fue dado al ser humano para el propósito natural de expandirse y para el propósito humano de complacerse unos a otros, se pueda disfrutar con equidad.

Si ya se reconoció la sexualidad como un derecho, es momento de democratizar ese derecho, que todos por igual, mujeres y hombres, personas con todas las capacidades y discapacidades, sin importar la etnia, el credo o las ideologías políticas, sin que importe que los años nos pinten canas; todos puedan en este momento compartir con los seres que son sujetos de sus afectos, de sus deseos y que les corresponden, múltiples experiencias sexuales y afectivas. Al final la sexualidad no debería ser un problema; debería ser el bálsamo que dignifica la efímera existencia de las personas.

## Discusión y conclusiones

En medio de un conocimiento intermitente, se observa que las instituciones rectoras de la salud a nivel mundial permanentemente intentan revisar las temáticas vinculadas con el bienestar humano. Así, la Organización Mundial de la Salud y su filial la Organización Panamericana de la Salud proponen definiciones vinculadas con la sexualidad, esperando lograr un consenso de criterios, lo cual ha permitido junto con los esfuerzos particulares de algunos destacados profesionales de la sexología, proporcionar conceptos claros y abarcativos, que sirven de referencia en el estudio de esta disciplina científica.

En lo que corresponde a la revisión de la sexualidad como manifestación multifacética en los diferentes pueblos, se pueden observar múltiples comportamientos análogos, como por ejemplo la práctica de las conductas afectivo eróticas entre hombres jóvenes y hombres de mayor edad (no necesariamente homosexualidad), como un culto a lo masculino en detrimento de lo femenino, a lo que se le otorgaba menor valor; como lo demuestran las prácticas de la antigua Grecia, Japón, o en los territorios de los pueblos preincásicos. Situación que contrasta con el actual repudio a las prácticas homosexuales. Asimismo, la libertad que se observa en las obras de arte (templos, monumentos, pinturas, vasijas y demás), en las expresiones sexuales de estos pueblos en épocas antiguas, claramente contrasta con una conducta moderna represiva hacia la sexualidad y más específicamente a la sexualidad femenina.

Es importante tomar en consideración dentro de futuros estudios de personalidad el rasgo erotofilia-erotofobia y los afectos sexuales como fenómenos de relevancia que pueden condicionar las prácticas sexuales y la forma como enfrentamos nuestras vivencias.

La sociedad en esta y otras épocas es directamente responsable de sus tradiciones y costumbres; y con su regulador de moral, la iglesia direcciona el comportamiento sexual hacia espacios de convivencia que, en algunos casos, orienta una práctica saludable y en otros sustenta una conducta represiva.

Reconocer que la educación sexual en los diferentes países se encuentra todavía en etapa de madurez obliga a encontrar nuevas estrategias de promoción de vivencias sexuales más democráticas y respetuosas del libre albedrío, que debieran caracterizar a la especie humana.

Si la satisfacción sexual es un derecho de todos, es misión de los profesionales de la salud fomentar este derecho y proporcionar a la colectividad los mecanismos racionales de procurarse este beneficio, sin que esto signifique evadir la responsabilidad social que atañe a cada uno.

Por último, queda claro que es necesario desarrollar más estudios en este país. Sería importante impulsar la creación de una revista sexológica, un centro nacional de estudios en sexología, y formar nuevas sexólogas y sexólogos con una visión clara de lo que se necesitan conocer, de lo que se deben enseñar.

## Referencias

- Centro de cultura asiática. (2016). *culturaasiatica.com*. Recuperado el 08 de 04 de 2019, de Centro de cultura asiática: <https://www.culturaasiatica.com/el-mundo-del-sexo-a-traves-del-arte-en-el-japon-del-periodo-edo-comparado-con-la-actualidad/>
- Cruz, M. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Debate Feminista* , 87-105.
- Duce, E. (2017). Expresando el amor: la afectividad en el mundo griego antiguo. *Antestería* , 77 - 94.
- Elizalde, A., Martí, M., & Martínez, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana* , 5, 18.
- Esparza, G. (2005). La sexualidad en el Perú precolombino: kamasutra, críticas de cine / film reviews sexuality pre-columbian Peru: INDIAN. *Revista de comunicación Vivat Academia* , 1-92.
- Fayanas, E. (2017). *La cultura inca y la sexualidad*. Recuperado el 08 de 04 de 2019, de Nuevatribuna.es: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/historia/cultura-inca-sexualidad/20170306180802137423.html>
- Fisher, W., Byrne, D., White, L., & Kelley, K. (2010). Erotophobia - erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research* , 123-151.
- Freud, S. (1920). *Obras completas Sigmund Freud* (Vol. 18). (J. L. Etcheverry, Trad.) Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2012). *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. (R. Ardid, & L. Ballesteros, Trads.) Madrid, España: Alianza editorial.
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista costarricense de psicología* , 179 - 197.

- López, F. (12 de 07 de 2014). Apuntes psicología de la sexualidad. *El deseo, la atracción y el enamoramiento*. España, Almería: Universidad Almería.
- Los Andes. (2019). *losandes.com.ar*. Recuperado el 08 de 04 de 2019, de Los Andes: <https://losandes.com.ar>
- Maciel Martínez, X. (2014). Tradición y modernidad. Patrimonio en femenino. *Tradición y Modernidad. Patrimonio en femenino*, 48-54.
- Mora, J. (2007). Comprensión del enamoramiento. *Cauriensia* , 363-388.
- Vaggione, J. M. (2009). Sexualidad, religión y política en América Latina. *CONICET* , 1 - 64.
- Mora, S. (2014). Havelock Ellis (1859-1939): homenaje a un pionero de la psicología sexual de la Inglaterra victoriana en el 75 aniversario de su muerte. *Revista de historia de la psicología* , 35, 43-64.
- Moral, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial / religión. *Revista Colombiana de Psicología*, 45-59.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *OPS*. Recuperado el 09 de 03 de 2019, de Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=397:2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&Itemid=1574&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=397:2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&Itemid=1574&lang=es)
- Parker, R., Petchesky, R., & Sember, R. (2008). *Sexpolitics*.
- Pixabay. (2017). *Representación gráfica de equilibrio entre el pensamiento y los afectos*.
- Pixabay. (2017). *Representación del conflicto de género*.
- Pixabay. (2017). *Imagen representativa de la opresión de género*.
- Pixabay. (2017). *Fotografía de esculturas griegas*.
- Pixabay. (2016). *Fotografía de construcción egipcia*.
- Pixabay. (2016). *Fotografía de esculturas de geishas japonesas*.
- Pixabay. (2014). *Fotografía de templo hindú*.
- Pixabay. (2017). *Fotografía representando la sensualidad femenina*.
- Pixabay. (2012). *Fotografía de la representación simbólica del deseo*.
- Pixabay. (2017). *imagen de la expresión del deseo*.
- Pixabay. (2015). [https://cdn.pixabay.com/photo/2015/07/24/18/11/couple-858694\\_960\\_720.jpg](https://cdn.pixabay.com/photo/2015/07/24/18/11/couple-858694_960_720.jpg).
- Pixabay. (2015). *Fotografía expresando el amor*.
- Pixabay. (2015). *Fotografía de promoción de anticonceptivos*.
- Pixabay. (2016). *Imagen representando la satisfacción sexual*.
- Pixabay. (2019). *Imagen representando el futuro de las ciencias psicológicas*.
- Rathus, S., & Nevid, J. (2005). *Sexualidad humana cultura*.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 01 de 04 de 2019, de <https://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Román, M. (1996). Sexualidad mágica y sagrada en la India Antigua : El tantrismo. *Espacio Tiempo y Forma Serie II Historia Antigua* , 65-93.
- Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 67-75.
- Subia, A., Ramos, C., Cevallos, D., & Echeverría, S. (2016). Relación de la ideología de género con la satisfacción sexual de estudiantes universitarios de Quito - Ecuador. *Cienciamerica* , 11-21.
- UNESCO. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad, un enfoque basado en evidencia*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la Sexualidad- La voluntad del saber (Michael Foucault). *Biomed* , 116-121.
- Vivas, A. (2010). Reseña de Esclavas sexuales. La esclavitud sexual durante el imperio japonés. Yoshimi yoshiaki. *Revista Goliardos* , 99-103.
- Zapata, R., & Gutiérrez, M. (2016). *Salud sexual y reproductiva*. Almería, España: Universidad de Almería.

## Glosario de términos

**Amor:** sentimiento de afecto, inclinación y entrega a alguien o algo.

**Coito:** cópula sexual.

**Copular:** unirse o juntarse sexualmente.

**Deseo:** movimiento afectivo hacia algo que se apetece.

**Erotismo:** carácter de lo que excita el amor sexual.

**Excitar:** Movimiento afectivo hacia algo que se apetece.

**Género:** grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido esto desde un punto de vista sociocultural, en lugar de exclusivamente biológico.

**Genitales:** órganos sexuales externos.

**Heterosexual:** dicho de una persona inclinada sexualmente hacia individuos del sexo contrario.

**Homosexualidad:** inclinación erótica hacia individuos del mismo sexo.

**Intersexualidad:** cualidad por la que el individuo muestra, en grados variables, caracteres sexuales de ambos sexos.

**Feminismo:** principio de igualdad de derechos de la mujer y el hombre.

**Ideología de género:** es la posición ideológica que adopta una persona respecto al rol que deben asumir hombres y mujeres en la sociedad.

**Libido:** deseo sexual, considerado por algunos autores como impulso y raíz de las más variadas manifestaciones de la actividad psíquica.

**Lujuria:** deseo excesivo del placer sexual.

**Machismo:** actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres.

**Masculino:** perteneciente o relativo al varón.

**Misoginia:** aversión a las mujeres.

**Orgasmo:** culminación del placer sexual.

**Sexo:** condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

















