

nº 11 (segundo cuatrimestre de 2012) COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN

# prolepsis

Revista de Psicología de contenido científico e información colegial



# Cuidamos de los que cuidan

A.M.A. la Mutua de los Profesionales Sanitarios



**A.M.A. Valladolid**  
Doctrinos 18, bajo  
Tel. 983 35 78 33  
valladolid@amaseguros.com

## Seguros de ámbito **familiar y personal**

- > Automóvil, Motos y Ciclomotores
- > Multirriesgo Hogar
- > Responsabilidad Civil General
- > Multirriesgo Viajes
- > Multirriesgo Accidentes
- > Multirriesgo Embarcaciones

## Seguros de ámbito **profesional**

- > Responsabilidad Civil Profesional
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios: Farmacia
- > Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
- > Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
- > Defensa y Protección por Agresión
- > Multirriesgo PYME



# prolepsis

## NOTAS Y NOTICIAS del COP

### Psicología sanitaria: acreditación de la formación de los **colegiados en castilla y león**

El Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León ha firmado, en el mes de marzo, un Acuerdo con la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, para la acreditación de la formación de los colegiados en los procedimientos de autorización sanitaria e inscripción de su consulta o gabinete de Psicología en el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de esta Comunidad Autónoma.

Una comisión creada al efecto en el Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León comprobará el cumplimiento de los requisitos que establece la normativa sobre acreditación en Psicología Sanitaria. Los psicólogos/as deberán contar al menos con 400h de formación en postgrado, 100 de ellas prácticas en el área de clínica. Igualmente se incluye en el acuerdo a los colegiados/as que trabajen en Centros de Reconocimiento de conductores.

Este acuerdo forma parte de todo un conjunto de medidas que desde el Colegio Castellano y Leonés se están desarrollando para facilitar a los psicólogos/as el pleno ejercicio de la profesión con garantías, y que tuvo como otro de sus pilares básicos el Máster de Formación iniciado en este año en Psicología Sanitaria y realizado en colaboración con la Universidad Pontificia de Salamanca, y el Hospital San Juan de Dios de Palencia.

### Premios “**juan huarte de san juan en castilla y león**”

El pasado 17 de febrero el Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León (COPCyL) celebró la festividad de su patrón y con tal motivo entregó, en su novena edición, los Premios Juan Huarte de San Juan a las personas e instituciones que se han destacado por la promoción y el impulso de la Psicología.

La entrega de los Premios estuvo presidida por Eduardo Montes Velasco, Decano-Presidente del COPCYL quien, en la apertura,



Foto: Mesa de premios.

hizo hincapié en el papel de los colegios como interlocutores entre la sociedad civil y las administraciones y resaltó el alto grado de reconocimiento social que ha alcanzado la psicología.

Con motivo de los 20 años de la Festividad de Huarte de San Juan el COPCYL ha editado una publicación que lleva por título, *Semblanzas de los homenajeados en la festividad de Huarte por el Colegio Oficial de psicólogos de Castilla y León 1990 – 2010*.

Los premios, en sus diferentes modalidades, fueron entregados a:

- Un profesional por su contribución al progreso científico de la Psicología al DR. D. JOSE MARÍA PEIRÓ SILLA.
- Un profesional de la psicología por su destacada trayectoria profesional y promoción de la psicología en CyL al DR. D. MIGUEL PÉREZ FERNÁNDEZ.
- Una institución por su contribución al desarrollo de la profesión al CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS DE PALENCIA.
- Colegiado de Honor por su contribución al desarrollo de la organización colegial dentro y fuera de la Comunidad de CyL al DR. D. VICENTE CABALLO MANRIQUE.
- Reconocimiento por su destacada actuación en la celebración del VI Congreso Internacional de Psicología y Educación – III Congreso Nacional de Psicología de la Educación: COMITÉ DIRECTOR DEL CONGRESO.

## Asamblea general ordinaria

El sábado 18 de Febrero de 2012 se celebró la Asamblea General Ordinaria en la sede del COPCyL, una vez realizada la reunión de la Junta de Gobierno que la precede habitualmente.

Durante la Asamblea, se presentó la Memoria de Actividades del año 2011 así como el Proyecto del año actual, que fue aprobada por unanimidad. Igualmente se expuso y aprobó la gestión económica del año pasado y la previsión presupuestaria del presente, dando las personas asistentes su conformidad a las actuaciones que viene realizando la Junta de Gobierno.

## Fallece el primer decano del colegio de castilla y león



Foto: José Luis

El pasado 10 de enero falleció en Valladolid José Luis Rodríguez Bello, el que fuera primer Decano y colegiado número 1 del Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León.

José Luis Rodríguez fue el principal promotor y responsable de haber dado nombre y estructura al Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León.

Fue un incansable luchador por el reconocimiento de la profesión, lo que le llevó a tener que aguantar contratiempos, vicisitudes e incomprensiones de unos y de otros, llegando incluso a ser juzgado en 1.970 por su lucha reivindicativa profesional. Pese a todo logró que se creara el Colegio Oficial de Psicólogos de España así como la delegación de Castilla y León. Fue el primer psicólogo en colegiarse dentro de la Delegación de Psicólogos de Castilla y León, en el mes de noviembre de 1980.

José Luis estuvo al frente de la primera coordinadora del Colegio de Psicólogos en Castilla y León, después de más de diez años en la brega por defender una profesión que consideraba como agente de cambio y promotora de la mejora social y dirigió la Institución Colegial Castellano Leonesa entre los años 1.978 y 1.984.

Desde entonces y, aunque no volvió a desempeñar cargos de responsabilidad en el Colegio, ha sido una persona muy cercana a

esta institución, colaborando activamente en numerosas ocasiones, aportando su experiencia y visión profesional.

Ejerció su actividad profesional en el ámbito de la Psicología de la Educación en diversos centros La Salle, entorno en el que alcanzó un reconocido prestigio entre padres, profesores y compañeros de profesión.

## X Aniversario del 112 de Castilla y León

El pasado 8 de febrero de 2012 el consejero de Fomento y Medio Ambiente y su homólogo en Sanidad, Antonio Sáez Aguado, inauguraron en el Monasterio de Prado de Valladolid la jornada X Aniversario del 112 de Castilla y León, en la que participaron directivos de los centros de emergencia de todas las comunidades autónomas, así como el nuevo director general de Protección Civil y Emergencias del Estado, con el objetivo de mejorar la coordinación entre ellas. Asistieron directivos del Sacyl, representantes del Gobierno central, de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Unidad Militar de Emergencias, el operativo de rescates aéreos, policía local, el servicio meteorológico, voluntariado y, por nuestra parte, fueron invitados D. Eduardo Montes Decano Presidente del Colegio de Psicólogos de Castilla y León y los coordinadores del Grupo de Intervención psicológica en emergencias GRIPDE. El COPCyL está plenamente integrado en el organigrama de emergencias a través del convenio con la Junta de Castilla y León.

## Psico-rutas de senderismo para colegiados/as

**A partir de una iniciativa surgida en el seno de la Sección de Psicología del Deporte, el Colegio de Psicólogos de Castilla y León ha organizado a lo largo de 2012 rutas de senderismo dirigidas a colegiados/as y familiares que se desarrollarán en parajes de interés turístico y paisajístico de las nueve provincias castellano leonesas.**

El Objetivo es fomentar el encuentro entre compañeros/a a través de una actividad lúdica, deportiva y relajada, lejos de los despachos y de los formalismos del día a día. Los recorridos son sencillos y accesibles a cualquier grado de entrenamiento físico

# prolepsis

de los participantes, puesto que se trata de compartir unos momentos agradables y tener la posibilidad de conocer a más compañeros/as de profesión en comunión con la naturaleza.

La primera de las marchas se realizó el 22 de abril en la ruta segoviana, "El camino de las trincheras y los búnkeres", en la zona de Valsaín. En un entorno muy diferente, pero no por ello menos atractivo, el 20 de mayo se realizó una cómoda ruta por la zona de la Santa Espina, en la provincia de Valladolid.



*Foto: Ruta de la Santa Espina – provincia de Valladolid.*



*Foto: Ruta de Valsaín – provincia de Segovia.*

## Celebración de los reyes magos en la sede del copcyl.

Más de una centena de hijos/as de personas colegiadas castellanos y leoneses asistiendo el 5 de Enero de 2012 a las instalaciones del Colegio, para participar en las actividades infantiles que se organizaron con motivo de esta celebración, como ya viene realizándose desde hace algunos años

Los Reyes Magos en persona entregaron a los niños y niñas un regalo, y participaron en el acto de confraternización con los psicólogos/as y familiares que asistieron al evento.

## Simulacro de emergencias en cuéllar (segovia)

El 23 de Junio de 2012 se realizó un simulacro en la población de Cuellar. Se trató de un supuesto de incendio en el que 50 personas son desalojadas de sus viviendas y tienen que ser atendidas por grupos de rescate, médicos, psicólogos, cruz roja, policía local y miembros de protección civil.

El objetivo de la intervención fue entrenarse en la coordinación entre los distintos grupos de intervinientes. En este simulacro Miguel Angel Holguín, técnico del 112, hizo entrega de una carpa, mesa y sillas para la realización de la intervención psicológica.

El supuesto finalizó con una reunión entre los distintos grupos, con la presencia del alcalde y un concejal de la localidad.

## Formación

Enmarcado en el plan de formación de 2012, en este periodo desde enero, el COPCyL ha organizado directamente varios cursos:

- *Fundamentos de neuropsicología*
- *Formación en Constelaciones Familiares*
- *Curso superior de formación y capacitación para el coaching personal y organizacional*
- *Curso de actualización profesional para profesionales noveles de la Psicología.*

# prolepsis

Asimismo, están previstos otros sobre *Terapias de Tercera Generación basadas en Mindfulness y La pareja y el lenguaje terapéutico con constelaciones familiares.*

## Actividades provinciales



Foto: De izq a dcha: Vicente Martín, vocal del COPCyL y Presidente en León; Enrique Maiz, presidente de la AEBH; M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez, psicóloga y coordinadora del evento.

### Jornadas “La psicología Hoy: ¿qué puede hacer por ti?”

Se ha desarrollado en **Soria** una nueva edición de “*La psicología Hoy: ¿qué puede hacer por ti?*”, de puertas abiertas con el fin de difundir e informar a la sociedad sobre las aportaciones de la psicología en relación con el bienestar de la vida para las personas. Se han desarrollado varias ponencias impartidas por profesionales de la psicología, en concreto “*Qué da sentido a la vida de una mujer del siglo XXI*”, a cargo de Dña. Teresa Plaza Marina; “*El Cuidado del Cuidador*” por Dña. Ana M<sup>a</sup> Casado; “*Sociedad Permisiva o jóvenes alcohólicos*” por Dña. Encarna del Río Jiménez; y “*Cuando la alimentación es un problema*” impartida por Dña. Carmen Martínez García.

El pasado día 22 de mayo se celebró la jornada en **Salamanca** en el salón de grados de la Universidad Pontificia. El Ilmo. Sr. D. Luis Melero Marcos, Vicedecano II del COCyL disertó ante el público asistente sobre la “*Situación actual de la Psicología Sanitaria*”. A continuación, Dña. M<sup>a</sup> Ángeles Gómez Martínez, Vocal Presidenta del COPCyL por Salamanca, impartió la conferencia titulada “*Avances en el tratamiento de los Trastornos de Alimentación. Una perspectiva transdiagnóstica*”

### Actividades en Burgos

Los colegiados de la provincia burgalesa han seguido manteniendo sus reuniones colegiales para la difusión de la profesión. Entre

las actividades realizadas en el primer semestre destacar la participación de M<sup>a</sup> del Mar Herrero sobre los trastornos alimenticios.

Por otra parte el COPCYL ha renovado con el Ayuntamiento de Burgos el Convenio que mantiene para prestar atención psicológica a jóvenes de la localidad.

### **Las constelaciones familiares en León.**

Durante los días 9,10 y 11 de marzo, se celebraron en León las VIII Jornadas de la Asociación Española de Constelaciones Familiares (AEBH) en León, con las que colaboró el Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León y a las que asistieron más de cien participantes.

Estas jornadas tenían el objetivo de acercar al público en general y a los profesionales a este innovador método psicoterapéutico. Es un método que brinda al mundo terapéutico, empresarial y educativo un conjunto de soluciones sistémicas para las problemáticas más diversas.

La familia, sus vínculos y sus relaciones vitales constituyen el punto de partida para descubrir el fondo de muchas de nuestras dolencias, sean de carácter físico, emocional o psíquico, así como de nuestras dificultades relacionales en los diferentes ámbitos de nuestra vida (laboral, familiar, de pareja, etc).

## **A.M.A. obtiene un beneficio de 16,14 millones de euros en 2011, con un alza del 93,8%**

### **La gestión de la siniestralidad, determinante para la intensa subida de beneficios**

Madrid, 1 de junio de 2012

A.M.A. Agrupación Mutua Aseguradora, la mutua de los profesionales sanitarios, cerró 2011 con un beneficio bruto de 16,14 millones de euros, que fueron 12,54 millones de euros después de impuestos, con aumentos respectivos del 93,8% y del 92% sobre los obtenidos en 2010. La mutua, única de España especializada en seguros de no Vida para profesionales de la Sanidad, facturó por primas de seguro directo 187,54 millones de euros el año pasado, un 2% más que el ejercicio anterior.

Diego Murillo, presidente de A.M.A., ha presentado hoy las cuentas de la mutua a la Asamblea Ordinaria de mutualistas, que las aprobó con un 99,61% de los votos. Asimismo, se eligió y reeligió por unanimidad a 13 consejeros de la mutua. Murillo valoró como "históricos" los resultados del ejercicio, con incrementos del 2% en facturación, del 2,9% en número de mutualistas y del 1,7% en número de pólizas.

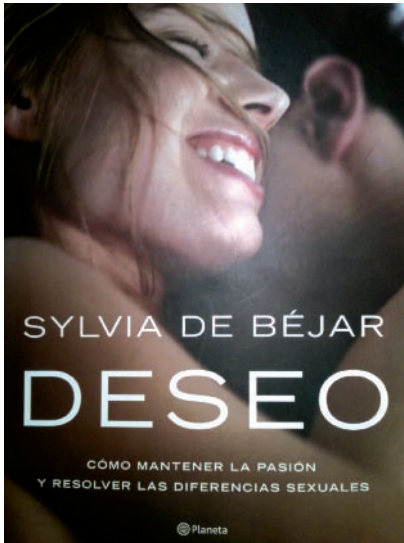
#### **Crecimiento por encima de la media.**

En seguros de automóvil, el principal producto de A.M.A., la facturación se elevó en 2011 hasta 133,77 millones de euros, con un alza del 2,2%, mientras la media sectorial se contrajo un 2,3%. En multirriesgos la mutua facturó 21,21 millones de euros, con un crecimiento anual del 5,4%, dos puntos porcentuales por encima de la media del sector.

Murillo consideró especialmente meritoria la evolución en pólizas de Responsabilidad Civil Profesional, con un significativo incremento del 25,1% en el número de pólizas individuales, que pasaron de 54.024 a 67.585 durante el ejercicio.

El presidente explicó que el ligero incremento en facturación permitió alcanzar un significativo aumento de los beneficios gracias a la gestión y control de la siniestralidad. "que logramos reducir en seguro directo un 7,1% y en términos netos de reaseguro un 5,8% durante el ejercicio".

# prolepsis



## COMENTARIO

Desde un lenguaje cercano y certero Sylvia de Béjar nos habla del DESEO, con un punto de vista abierto, sin tapujos, como hablaríamos en confianza con un amigo. En este libro nos descubre cómo funcionan los mecanismos del deseo, diferentes en hombres y mujeres, cómo nuestra vida en pareja afecta a nuestra relación sexual y los problemas que surgen de la falta de deseo o del desajuste en la frecuencia de ese deseo en la pareja. Introducir conceptos como el cabreo oculto o desmontar mitos como que el deseo es una chispa, algo que sólo puede encenderse de manera espontánea y sin la cual no hay excitación, nos hace tomar conciencia de cómo funcionamos y nos lleva a asumir que nosotros mismos nos encargamos de dinamitar nuestra vida sexual, en lugar de comprenderla y potenciarla. Mención aparte merecen los capítulos sobre "lo normal": ¿qué es lo normal?, ¿cuántas veces es lo normal?, si esto me excita, ¿soy normal?. Como dice la autora, ¡cuánto placer perdido esconden pensamientos como estos!

Para finalizar, el apartado de la rutina a la creatividad es ameno, impactante e ilustrativo y es imposible leerlo y no sentirse en muchos momentos identificado. Está lleno de sugerencias para hombres, mujeres o ambos, algunas de ellas enviadas por los lectores o utilizadas en terapia. La idea general que

perdura tras leer este libro es que desear es una decisión y esta decisión implica conocerse, cuidarse y quererse. Definitivamente Sylvia me ha convencido de que dedicar tiempo, energía e imaginación a cuidar nuestro deseo es una inversión que sí merece la pena. Al fin y al cabo es algo que va a vivir con nosotros toda nuestra vida. Yo quiero desear, yo decido desear, siempre.

## NOTA DEL LECTOR

Tengo que dejar claro que me acerqué a leer este libro por casualidad, nunca he sentido que tuviera problemas con el deseo. Quizás precisamente por eso, por no haber tenido nunca problemas no me había parado a pensar sobre ello, nunca había considerado que fuera algo que hubiera que "currarse" tanto, tanto cuando hay problemas o no hay entendimiento con la pareja, como cuando no los hay y te invade la rutina. Mi visión al respecto ha cambiado tras leer este libro.

La primera parte del libro, la más teórica, me ha enseñado mucho. He visto reflejadas situaciones propias y de gente cercana y he entendido que nos basamos en estereotipos y que quien más quien menos, se deja llevar por el pudor en un tema tan privado como es el sexo. Según iba leyendo, el modelo de Basson, la convivencia, los desacuerdos en las necesidades de la pareja, las experiencias personales que se relatan, todo me ha resultado interesante.

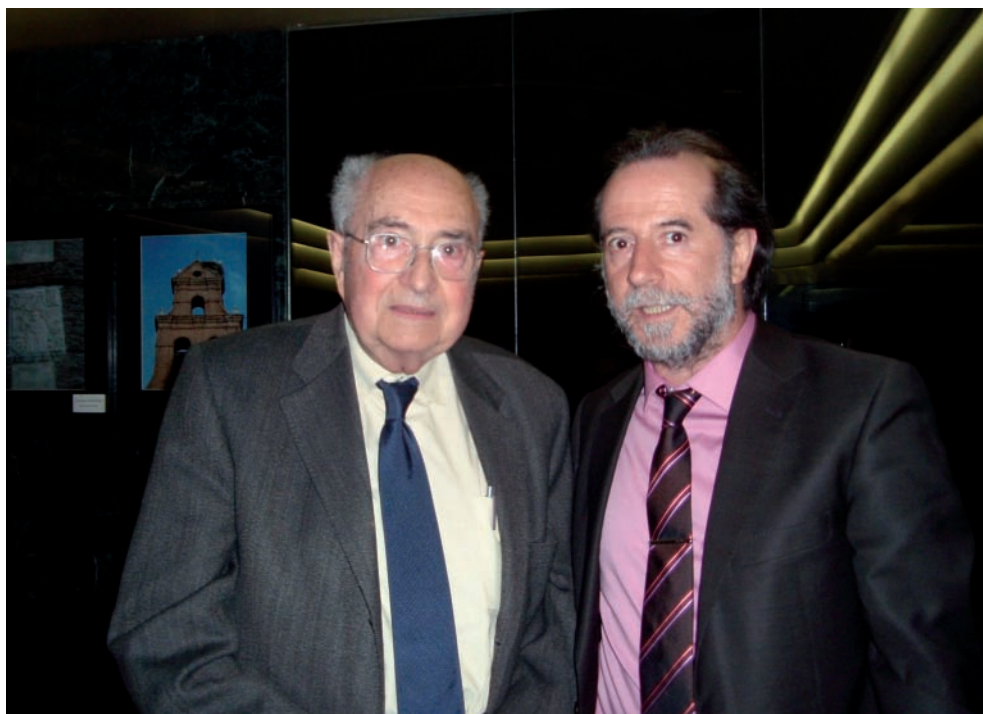
Más o menos en la mitad del libro me tomé un descanso para pensar en ello y decidí hacer una lista con mis fantasías, las cosas que despiertan mi deseo y que me gustaría experimentar. Cuál no ha sido mi sorpresa cuando he descubierto que en las 365 + 1 sugerencias finales, en el capítulo de la rutina a la creatividad, estaban todas incluidas. Qué diferentes somos pero qué iguales en muchos aspectos!

Creo que lo más ilustrativo que puedo decir sobre mi opinión de este libro es que he decidido comprar el anterior de la misma autora; quiero informarme, quiero aprender, quiero tomar las riendas de mi deseo... es demasiado importante como para perderse.

**Laura Moreno. Farmacéutica**  
**R&D Quality Assurance**

## Entrevista a Ramón Báyes

Miguel Ángel García Castañón y Esther Prada Esteban



### RESUMEN

Es licenciado en Filosofía y Letras (sección Psicología), por la Universidad de Barcelona y diplomado en Psicología Clínica por la misma. Desde 1982 ha sido catedrático de Psicología Básica en la Universidad Autónoma de Barcelona hasta su jubilación, cuando fue nombrado Profesor Emérito de la misma. Es Doctor Honoris Causa de la UNED.

Autor de numerosas publicaciones científicas, también ha escrito libros de divulgación, destacando los referidos a psicología de la salud y cuidados paliativos para enfermos terminales. Ha accedido a contestar a nuestras preguntas.

### ABSTRACT

He graduated in Philosophy and Arts (Psychology), University of Barcelona and a diploma in Clinical Psychology from the same. Since 1982 he has been Professor of Basic Psychology at the Autonomous University of Barcelona until his retirement when he was appointed Professor Emeritus of it. It is Doctor Honoris Causa from the UNED. (Mag castañón y Esther Prada Esteban)

Author of numerous scientific publications, has also written popular books, emphasizing those related to health psychology and palliative care for terminally ill patients. Has agreed to answer our questions.

# prolepsis

**Tendemos hacia la felicidad, y últimamente parece que no podemos tener ningún tipo de sufrimiento ¿Estamos preparados para enfrentarnos al sufrimiento?** Puede haber hospitales sin dolor; es algo que se puede pensar, y de hecho hay en Suiza una línea de Hospitales sin dolor; no es posible pensar en hospitales sin sufrimiento, porque el hombre, desde el momento en que viene al mundo, empieza a tener pérdidas; y tienes pérdidas de todo tipo;. En este sentido, es absurdo, un mundo sin sufrimiento no tiene sentido. Hay que hacer frente al sufrimiento; yo creo que los psicólogos podemos y debemos ayudar a combatir el sufrimiento; si el dolor puede eliminarse, se elimina; el dolor únicamente nos puede servir como toque de atención en momentos determinados para hacernos reaccionar; pero si no sirve para esto el dolor... y en este sentido sí se ha avanzado mucho realmente en el tratamiento del dolor.

El sufrimiento es más amplio que el dolor; hay un modelo muy bonito en el cual se incluye el sufrimiento, y el dolor es uno de los elementos que pueden conducir al sufrimiento, pero no es el único: las pérdidas, el estrés, los sentimientos de culpa, el miedo... Todo esto puede conducirnos al sufrimiento igualmente; entonces hay que adoptar un acercamiento globalizado a los problemas.

En este sentido tenemos un buen modelo, que es el modelo del Hastings Center, de Nueva York; se trata de un modelo holístico, global, en el cual se habla de muerte, se habla de sufrimiento, se habla de prevención, y se habla del hombre como una unidad. A mi modo de ver, lo que hay es que

descartar de una vez por todas en la práctica, y esto va a ser muy difícil, es esta dicotomía entre cuerpo y mente. Hay un cirujano, amigo mío, que dice que, cuando el hombre va al médico, no pone su páncreas, sus ojos, su esternón, o lo que sea, encima de la mesa; va todo él, con sus esperanzas y sus miedos y sus expectativas y su familia, y va con toda su humanidad; entonces, realmente, hay que dar un tratamiento global al sufrimiento.

**Este tipo de intervención supone la acción conjunta de diversos profesionales. ¿Estamos preparados para trabajar en equipos multidisciplinares?** De hecho, hay pocos, pero los hay; hay gente que está promoviendo el trabajo interdisciplinar y yo he visto trabajar interdisciplinariamente bien, sobre todo diría, según mi experiencia, en Unidades de Cuidados Paliativos; pero sí es posible. En este enfoque es imprescindible un equipo de personas preparadas para atender las múltiples necesidades de aquellos que se encuentran al final de la vida, superando el viejo dualismo "cuerpo-mente", ya que "Los que sufren no son los cuerpos; son las personas", tal y como afirmaba Cassel (1982). Además en este ámbito no se trata ya de preservar la vida a cualquier precio, sino de aliviar en lo posible el sufrimiento y tratar de conservar la vida que, a juicio del enfermo, merezca ser vivida. En el Informe Hastings se incluye que "la amenaza que representa para alguien la posibilidad de padecer dolores, enfermedades o lesiones puede ser tan profunda que llegue a igualar los efectos reales que éstos tendrían sobre su cuerpo". En este informe, cuya lectura es imprescindible para todos los profesionales sanitarios y por supuesto

para los psicólogos, se reflexiona ampliamente sobre el miedo, el sufrimiento, la angustia, la amenaza o la ansiedad, términos claramente psicológicos; por tanto, los psicólogos tienen mucho que aportar en los equipos interdisciplinares de cuidados paliativos, en la tarea común de mejorar no sólo la sintomatología somática del enfermo, sino también su calidad de vida emocional y existencial. En este sentido se encuentran propuestas planteadas durante los últimos 30 años, como las de Cassell (1982), Laín Entralgo (1983), Chapman y Gravin (1993) o Loeser y Melzack (1999), y en esta misma línea hace más de diez años que aquí también venimos desarrollando, junto con Pilar Arranz, Javier Barbero y Pilar Barreto, un modelo de intervención en cuidados paliativos que nos permita disponer de instrumentos para detectar, evaluar y atender las necesidades de la persona al final de la vida, adaptándonos a la realidad de ese enfermo y a cada momento y con independencia de la etiqueta de su enfermedad.

**¿Esto significa que se ha superado el modelo médico tradicional?** Actualmente los fines del nuevo campo de la salud, equivalentes en cuanto a prioridad y relevancia, han sido acertadamente resumidos por Callahan (2000): a) prevenir y curar las enfermedades, el objetivo de la medicina de siempre; y b) ayudar a las personas a morir en paz. Por tanto, los problemas son múltiples, y las soluciones pueden venir desde una perspectiva biológica, psicológica, social, etc. El hombre tiene muchas dimensiones, pero en cada momento él está priorizando algo, y si lo queremos ayudar hay quizá algo que puede ser más claro en este sentido;

Lazarus y Folkman (1986) dicen que tan importantes son las estrategias de afrontamiento que tiene una persona como el hecho de que éstas pueden variar de hora en hora, de semana en semana y de mes en mes. Si queremos ayudar a una persona tenemos que ayudarla en el momento en el que estamos y con sus estrategias de afrontamiento actuales.

Víctor Frank dice algo parecido con respecto al sentido de la vida; lo importante no es conocer qué sentido de la vida tiene una persona, sino qué sentido de la vida tiene esta persona en este momento, porque esto puede cambiar. Por ello, yo diría que lo que hay que hacer normalmente son estudios longitudinales, lo que hay que hacer es investigación longitudinal, lo que hay que hacer es investigación individual.

**¿El análisis experimental del comportamiento sigue siendo la única estrategia fiable y científica para afrontar el comportamiento humano?** No lo sé; yo diría que hay gente que lo defiende, yo me siento muy cercano a ello, pero esto no lo puedo contestar; yo creo que las cosas son muy complejas y esto es algo que nos ofrece datos y que nos ofrece datos yo diría que fidedignos y verificables; de esto ya se dio cuenta Karl Popper, que vivió en Viena en un momento en el que salieron los grandes modelos: salió el modelo de Einstein, el modelo de Freud y el modelo de Marx; entonces Popper se dio cuenta enseguida de que había una gran diferencia; el modelo de Einstein era falsable, aunque no se pudiera falsar en ese momento, pero daba las líneas para que en un momento determinado se pudiera falsar. Los modelos de Freud y de Marx no; más

# prolepsis

bien, los datos que iban saliendo iban acomodando el modelo a la teoría inicial.

**¿Y con qué reconocimiento cuenta actualmente la función del psicólogo en las unidades de cuidados paliativos?** Sin duda el papel de médicos y enfermeras está claro en una unidad de cuidados paliativos, pero la función de otros profesionales, como es el caso del psicólogo, es más cuestionada. El control de los síntomas se considera algo prioritario, cuando debería considerarse como un objetivo intermedio, ya que es insuficiente para que los enfermos tengan, en la medida de lo posible, una buena muerte. Muy al contrario, en algunos casos se ha observado que mitigar los síntomas somáticos facilita que la persona sea más consciente de su deterioro y de la proximidad de su muerte, lo que le ocasiona mayor ansiedad y sufrimiento.

**¿Cómo se debe desarrollar la actuación del psicólogo en el contexto de los cuidados paliativos?** Fundamentalmente yo considero que existen tres niveles de intervención ante el sufrimiento. En un primer acercamiento a la realidad del enfermo, todos los miembros del equipo deben ser empáticos y ser capaces de aportar sus observaciones sobre esa persona, sus problemas, sus relaciones en el contexto hospitalario; además, es imprescindible un posicionamiento bioético y una elevada implicación con el enfermo, así como es necesario conocer en profundidad el trabajo de los demás miembros del equipo. En un segundo nivel, se deben incluir la detección temprana de angustia vital o de duelos complicados, la evaluación de síntomas psicológicos refractarios o de los estados de ánimo, ansiosos o depresivos,

la prevención del burnout, el tratamiento de los trastornos desadaptativos, o la intervención en crisis; actualmente se está incrementando también la participación en investigaciones sobre aspectos psicológicos positivos, como la resiliencia. Por último, un tercer nivel de actuación del psicólogo se referiría a la evaluación externa del equipo. (Bayés, 2005).

En cualquier caso, es importante que la ayuda profesional no sea demasiado intervencionista, ya que se puede caer en el error de corporativizar la muerte. Un psicólogo que interviene ante el sufrimiento de un enfermo en sus últimos pasos debe estar sólidamente preparado para no defraudar a esa persona en una tesitura tan difícil.

**Vd. también ha hablado mucho sobre la importancia del tiempo subjetivo, del tiempo percibido por cada persona. Esto es especialmente relevante cuando una persona se encuentra sufriendo. ¿Qué se puede hacer en estos casos para que el tiempo sea más llevadero?** El tiempo objetivo es el que marcan los calendarios y los relojes; sin este tipo de tiempo nuestra sociedad como tal no podría existir, no habría posibilidad de encontrarnos con los amigos, ni habría horarios; pero el tiempo que nos interesa, el tiempo de verdad y el que particularmente a cada uno le hace sentir es el tiempo subjetivo; por ejemplo, del pasado podemos recordar acontecimientos que duraron apenas unos segundos o minutos, buenos o malos, los podemos recordar 20 años después, con todo detalle; en cambio somos incapaces de recordar cosas cotidianas; es decir, existen dos formas de

duración del tiempo, una es la que nos miden los relojes, y otra forma es lo que ese tiempo significa para nosotros. La duración del instante depende precisamente de lo que estás haciendo o estás sintiendo; así para una persona con insomnio el tiempo seguro que se hace más largo que el que marcan las manecillas del reloj, al contrario de lo que le sucede a una persona que se está divirtiendo; son dos valores distintos ante el mismo fragmento recorrido por las manecillas del reloj.

En el caso de los cuidados paliativos, a mayor importancia de lo que está ocurriendo en nuestro entorno y menor control percibido, mayor sensación de duración de ese tiempo y, en muchos casos, mayor sufrimiento. En una enfermedad grave la información puede producir sufrimiento, pero sin duda la incertidumbre y la incomunicación suelen tener efectos mucho peores. Existen técnicas para modificar ese valor subjetivo del tiempo; son diversas, pero tienen en común que modifican nuestra percepción, bien mediante la detención del tiempo o bien consiguiendo que tú veas tu vida desde la distancia, como si vieras pasar las cosas sin que te afectaran; en un caso disfrutas de lo que estás haciendo, y en el otro caso, te distancias del devenir de tu vida normal, que se percibe como un río al que vemos desde fuera. En este sentido hay técnicas de relajación, de visualización, desde el biofeedback, la hipnosis, las técnicas nuevas de Aceptación y compromiso, que tienen en común esto, es decir, el que tú te distancias del devenir de tu vida y la veas transcurrir sin que te afecte; técnicas también de importación oriental muchas

de ellas, denominadas Mindfulness o Técnicas de meditación.

En cualquier caso, se trata de distraer la atención de aquello que nos está afectando, de nuestro dolor, hacernos salir fuera de nuestro tiempo a través de fijar nuestra atención en otra cosa que nos sea atractiva. Hay que encontrar cosas que nos guste hacer: encontrar cosas que al hacerlas nos sintamos implicados y en tiempo desaparece y si esto no es posible, distanciarnos de nuestro tiempo y pasar de las cosas que nos están sucediendo como si le sucedieran a otro.

**¿Hay alguna otra cuestión que quiera añadir?** Pues vamos a hablar de los ancianos, que yo soy un anciano, y aquí hay una cosa muy clara; yo lo que defiendo es que la jubilación debe ser una fase activa, abordada desde el optimismo; el anciano actual ya no responde a aquel estereotipo de persona inactiva. Actualmente nos encontramos con esa etapa de la vida social y laboral en un momento en el que todavía se cuenta con buena salud y muchas habilidades intactas que se pueden continuar desarrollando. La cuestión es cómo plantearse esta nueva fase, más allá de aspectos políticos, sociales o económicos, desde el punto de vista del bienestar psicológico. En la línea de lo que hemos venido comentando, reflexionar sobre la propia muerte, en este sentido, puede ser incluso algo liberador.

**Llegados a este punto, nos permitimos reproducir las recomendaciones que Ramón Bayés propone en su libro *El psicólogo que buscaba la serenidad sobre la felicidad y la jubilación*:**

# prolepsis

1. Simplifique el entorno donde vive; a menos que tenga un sentido muy especial para usted regale, venda o elimine todo lo que no ha usado durante años y ha ido acumulando a lo largo de la vida. Decía Gandhi que la verdadera civilización consiste no en la multiplicación, sino en la reducción de las necesidades.

2. Haga ejercicio regularmente. Andar demora la aparición de los síntomas de deterioro.

3. Si no le gusta, no puede o no le dejan seguir con el trabajo que hacía antes de jubilarse, busque una actividad alternativa que disfrute al hacerla y proporcione, además, sentido a su vida. Notará que la ha encontrado -da igual que sea pintar, trabajar de voluntario, escribir, o cultivar un huerto- cuando al practicarla sienta que el tiempo desaparece y experimente satisfacción por el hecho de llevarla a cabo.

4. La estrategia para conseguir la felicidad consiste no en desear lo que nos falta, sino lo que no nos falta; en aprender a disfrutar de lo que hacemos y tenemos aquí y ahora. Pegue en el espejo de su cuarto de baño esta frase, : «Pasé la mitad de mi vida preocupándome por cosas que nunca sucedieron».

5. Haga planes, tenga ilusiones y expectativas, pero no condicione la felicidad a su cumplimiento. No piense «Sería feliz si...», «Sólo seré feliz si...». No rumie excesivamente sobre su pasado; acepte

su futuro aunque no se corresponda con sus sueños. Nadie ha vivido nunca en un pasado ni en un futuro. Todo lo que tenemos es el presente.

6. Regálese momentos de lentitud y de reflexión en los que contemple su propia vida, sin juzgarla, como si estuviera en la cima de una montaña y la viera transcurrir desde lo alto, como un río que serpentea por el fondo del valle.

7. Reflexione ocasionalmente sobre la muerte. La meditación sobre la muerte, nos señalan Séneca y Montaigne, es meditación sobre la libertad. El que ha aprendido a morir ha desaprendido a servir.

8. Enriquezca tanto como le sea posible su vida cultural, social y afectiva. Intente ser apasionadamente creativo. La vida no es repetición; es cambio.

9. Sea generoso y compasivo con los que le rodean; trate de hacer felices a las personas, especialmente a las más próximas, a su pareja, a su familia, a sus amigos, a las que comparten con usted una historia, un tiempo y un espacio.

10. El perdón sincero es un arma poderosa. Perdónese los errores cometidos y, siempre que sea posible, perdone a los demás seres humanos sus equivocaciones y maldades. Si tiene ocasión y visita algún día el Museo del Ermitage, en San Petersburgo, dedique unos minutos a contemplar el cuadro de Rembrand "El hijo pródigo".

## Virtual Stop Smoking: el uso de la realidad virtual para el tratamiento del tabaquismo

José Gutiérrez Maldonado\*, Irene Pericot Valverde\*, Olaya García Rodríguez\*\* y Marta Ferrer García\*

\*Universidad de Barcelona

\*\* Universidad de Oviedo

La adicción al Tabaco constituye un grave problema de salud pública, considerándose la primera causa de muerte prevenible en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, si el consumo actual de tabaco se mantiene, en el año 2030 habrá más de ocho millones de muertes anuales por esta causa (OMS, 2010).

Además de los probados efectos nocivos para la salud, el coste económico derivado del tratamiento de las enfermedades causadas por el tabaco hace evidente la necesidad de desarrollar tratamientos efectivos.

A pesar de la ley 42/2010, en vigor desde enero de 2011, que prohíbe el consumo de tabaco en cualquier tipo de espacio de uso público que no esté al aire libre, el consumo dentro de la población española sigue siendo elevado. Según la última encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (Plan Nacional sobre drogas, 2010) se estima que un 42,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco durante los últimos 12 meses, un 39,4% en el último mes y un 31,8% diariamente.

### TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL TABAQUISMO

En la actualidad se dispone de tratamientos psicológicos eficaces para el tabaquismo (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001). No obstante, uno de los

principales problemas continúa siendo la alta tasa de recaídas tras las intervenciones: entre un 40 y un 70% de los pacientes que finalizan con éxito el tratamiento vuelve a fumar con el paso de tiempo.

Los primeros tratamientos psicológicos para el abordaje del tabaquismo aparecieron en los años sesenta de la mano de la modificación de conducta. Desde entonces, se han desarrollado diferentes técnicas efectivas para el tratamiento psicológico del tabaquismo, entre ellas, las técnicas aversivas, la prevención de recaídas, el manejo de contingencias y los tratamientos multicomponentes.

Las principales técnicas aversivas son: la técnica de fumar rápido, la saciación y la técnica de retener el humo. A pesar de que dichas intervenciones han mostrado ser más eficaces que otro tipo de abordajes, no tienen una mayor implantación debido a los posibles riesgos que pueden acarrear para la salud del paciente y lo desagradables que resultan. La prevención de recaídas tiene como principal objetivo el mantenimiento de la abstinencia mediante el uso de diferentes técnicas que permiten a los fumadores identificar las situaciones que pueden provocar una caída y enfrentarse a ellas. El manejo de contingencias utiliza los principios del condicionamiento operante para modificar el consumo

# prolepsis

de sustancias, reforzando mediante incentivos u otro tipo de privilegios clínicos la conducta de abstinencia. Por último, las intervenciones psicológicas multi-componentes son el tratamiento de elección para la dependencia del tabaco. La característica principal de estos tratamientos es la utilización de distintas técnicas (componentes) de intervención durante las tres fases por las que pasa un fumador (preparación, abandono y mantenimiento). En la fase de preparación, el objetivo es incrementar la motivación y el compromiso del paciente para el abandono del consumo de cigarrillos. Durante la fase de abandono, se utilizan las estrategias existentes para dejar de fumar. Por último, en la fase de mantenimiento se fomenta la abstinencia a largo plazo.

Después de que la persona haya dejado de fumar, el mantenimiento de la abstinencia puede ser difícil y a menudo surgen dificultades que pueden desembocar en una recaída: el *craving* es uno de los precipitantes más habituales de las caídas. El término anglosajón *craving*, que define el deseo o ansia por consumir una droga, es considerado un factor esencial en el ámbito de las adicciones y una de las principales causas del consumo compulsivo de tabaco. Además, es el principal responsable de las dificultades con que se encuentran las personas que han dejado de fumar durante el periodo de abstinencia, provocando la mayoría de las recaídas. Se ha comprobado que experimentar bajos niveles de craving una vez se ha dejado de fumar resulta un buen predictor de abstinencia a largo plazo (Ferguson, Shiffman, y Gwaltney, 2006; Killen y Fortmann, 1997).

El craving puede desencadenarse durante la exposición a una situación o estímulo fuertemente asociado al consumo de sustancias (Marlatt y Gordon, 1985; Piasecki, 2006). A diferencia de otras drogas, donde los estímulos o situaciones relacionados con su uso pueden ser evitados favoreciendo así la abstinencia, la conducta del fumar está asociada a una gran variedad de situaciones sociales que no pueden ni deben evitarse (estar en una fiesta con amigos o incluso en una reunión familiar donde otros fumen) en comparación con el consumo de otras sustancias que suele darse en contextos marginales o incluso peligrosos y que conviene evitar.

Las técnicas de exposición a señales (*Cue Exposure Treatment*, CET) se basan, en gran medida, en los principios del condicionamiento clásico para explicar ciertos aspectos de la adicción a las drogas. Desde las teorías clásicas del aprendizaje, estímulos originalmente neutros (EC) que se emparejan de manera reiterada con la sustancia (EI), son capaces de provocar una reacción similar a la que produciría la presencia de la sustancia. Dicha respuesta es conocida como respuesta condicionada (RC). En términos operantes, los estímulos asociados a la sustancia funcionarían como estímulos discriminativos (ED) que informarían de las probabilidades de que la conducta, en este caso la auto-administración de la sustancia, fuese reforzada.

Las técnicas de exposición a señales tienen como objetivo reducir la respuesta de consumo a través de la exposición controlada y repetida a estímulos o

entornos asociados al uso de la sustancia. Así, a través de la exposición controlada (LaRowe, Saladin, Carpenter y Upadhyaya, 2007) a estas situaciones se podría reducir o eliminar el deseo facilitando la abstinencia a medio y largo plazo. Los estímulos utilizados para la exposición pueden presentarse en vivo, en imaginación, a través de fotografías, filmados o grabados en video. La exposición en vivo implica la exposición sistemática y deliberada a estímulos y situaciones reales de la vida cotidiana. Mediante la exposición en imaginación se pueden revivir con detalle experiencias relacionada con el consumo de la droga. En la exposición a través de fotografías o mediante otras ayudas audiovisuales, como pueden ser videos, suelen presentarse situaciones de consumo de tabaco, así como elementos utilizados durante su consumo como mecheros, cigarrillos, etc.

Un aspecto relacionado con la modalidad de exposición es el tipo de estímulos que pueden presentarse. Se pueden encontrar dos tipos de señales: las proximales y las distales. Las señales proximales son los estímulos concretos presentes en las situaciones relacionadas con el consumo de tabaco, por ejemplo cigarrillos, mecheros, bebidas alcohólicas; por otro lado, las señales distales son las situaciones y contextos más frecuentemente asociados al consumo de tabaco, como un bar, un pub o una situación social donde se consuma la sustancia. El segundo tipo de señales tiene mayor complejidad, pues presentan de manera simultánea tanto estímulos proximales como distales.

Estudios previos llevados a cabo en el ámbito de las drogodependencias han mostrado que la presentación de estímulos relacionados con la sustancia produce un aumento del deseo de consumo o craving (Carter y Tiffany, 1999). Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento tienen algunas limitaciones, entre ellas, la presentación de manera aislada de los estímulos asociados al consumo (Upadhyaya, Drobos y Wang, 2006), olvidando la complejidad de las situaciones que provocan el deseo de consumir. El uso de videos o fotografías (Lubman et al., 2009) podría verse como una solución, pero la situación artificial de laboratorio hace que la experiencia subjetiva de deseo de consumo pueda verse afectada. Por último, la exposición en imaginación es una modalidad que por su bajo coste resulta muy atractiva para la práctica clínica; no obstante, debe tenerse en cuenta que con la exposición en imaginación, aspectos clave de los parámetros de la exposición pueden verse afectados, pues el terapeuta tiene menos control sobre las características de la situación imaginada; todo ello puede comprometer la utilización efectiva de dicha técnica.

Una alternativa que está recibiendo atención en estudios realizados recientemente está basada en la utilización de realidad virtual (RV). La exposición mediante RV permite alcanzar a la vez elevados niveles de control de variables y de generalización, es decir de validez interna y de validez externa, dado que facilita la simulación de situaciones reales (Rovira, Swapp, Spanlang y Slater, 2009) en las que se presenta el trastorno,

# prolepsis

con lo que las señales ante las que se expone al paciente no quedan descontextualizadas (Campbell et al., 2009).

Aunque una definición amplia de RV incluye gran cantidad de ámbitos y aplicaciones, usualmente se reserva tal denominación para aquella tecnología informática que genera entornos tridimensionales con los que el sujeto interactúa en tiempo real, produciéndose de esa manera una sensación de inmersión semejante a la de presencia en el mundo real (Gutiérrez-Maldonado, 2002). Presencia e interacción son dos propiedades fundamentales de los sistemas de RV. Se denomina presencia a la sensación de “estar en” el entorno virtual. Los sujetos que pasan por entornos de RV no tienen la sensación de observarlos desde fuera, sino de formar parte de ellos. Esta característica hizo pensar a algunos investigadores, durante los primeros años de la década de los noventa, que la simulación de situaciones fóbicas mediante realidad virtual podría ser empleada como una forma de exposición.

Los primeros estudios en los que se aplicó la RV para el tratamiento de distintos trastornos mentales mostraron que era eficaz para el tratamiento de la fobia a volar (North y North, 1994), la acrofobia (Rothbaum et al., 1995), el trastorno por estrés postraumático (Rothbaum et al., 1999), la fobia social (North, North y Coble, 1998), la agorafobia (North y North, 1994), la claustrofobia (Botella et al., 1998), la fobia a conducir (Wald y Taylor, 2000) y la fobia a las arañas (Vince, 1995); pero no se mostraba útil solamente como técnica de exposición y desensibilización sino que también permitía

mejorar el uso de las técnicas cognitivas en trastornos tan graves como la anorexia o la bulimia (Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi, y Molinari, 1998), o incrementar las habilidades de niños autistas (Strickland, Marcus, Hogan, Mesibov y McAllister, 1995). Desde entonces se ha avanzado también en otros campos como el tratamiento del dolor, la rehabilitación psíquica y psicomotora, y una amplia variedad de trastornos que no para de crecer.

## LA REALIDAD VIRTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Diferentes grupos de investigación han estudiado el tratamiento mediante RV de la adicción a sustancias como la heroína, la nicotina y el alcohol (Nemire, Beil y Swan, 1999; Bordnick, Graap, Copp, Brooks y Ferrer, 2005; Lee, et al., 2004; Bordnick, et al., 2008). Se desarrollan entornos virtuales que representan situaciones, personas u objetos que se suponen disparadores del deseo de consumir. Se pretende que se llegue a la extinción o a la máxima reducción de este deseo urgente de consumir y, obviamente, que esta reducción del deseo pueda generalizarse después a situaciones similares en el mundo real. La mayor parte de estudios hechos hasta el momento se centran en comprobar si los entornos de RV son capaces de elicitar la respuesta de craving o deseo urgente de consumir. En este campo, nuestro grupo, en la Universidad de Barcelona y en la Universidad de Oviedo, ha venido desarrollando durante los últimos años una serie de estudios cuyo objetivo es evaluar la efectividad de la exposición mediante RV en el tratamiento de la adic-

ción a la nicotina (García-Rodríguez et al., 2010; García-Rodríguez, Pericot-Valverde, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García, 2009; Ferrer-García, García-Rodríguez, Gutiérrez-Maldonado, Pericot-Valverde y Secades-Villa, 2010). Los resultados obtenidos hasta el momento, de forma consistente con los de otros grupos como los citados anteriormente, confirman la utilidad de la RV en este ámbito. Como se decía anteriormente, la presentación de señales mediante RV, al contrario de lo que pudiera parecer a primera vista, es incluso más realista que la presentación de señales físicas. En los procedimientos estándar de presentación de señales se muestra al paciente un determinado número de objetos relacionados con su problema (una botella de licor en el caso de pacientes con alcoholismo, un cenicero o un cigarrillo en el caso de pacientes con adicción al tabaco, comida en el caso de pacientes con bulimia, etc.), sin embargo, aunque esos objetos físicos son reales, el entorno en el que se presentan (la consulta, el laboratorio, etc.) dista mucho de poder ser calificado como realista para el paciente, dado que no es el contexto en el que habitualmente encuentra esos estímulos. Los objetos están descontextualizados, restando realismo a la exposición. Mediante RV es posible simular no sólo los objetos mencionados, sino los entornos en los que se encuentran de forma natural, haciendo por tanto que la situación sea más realista y que, en consecuencia, pueda esperarse que tenga una mayor validez ecológica.

Se podrían sistematizar los avances realizados hasta el momento sobre aplicaciones de RV en el ámbito de la adicción al

tabaco diferenciando dos líneas de investigación. Por una parte, la evaluación de la capacidad de entornos virtuales en los que aparecen situaciones relacionadas con el consumo de tabaco o parafernalia asociada con su uso, para provocar respuestas de deseo de consumo en fumadores. En este sentido, los estudios realizados muestran como la RV puede ser una forma más eficaz de presentar los estímulos, por encima incluso de las modalidades de presentación tradicionales como fotografías o videos (Baumann y Sayette, 2006; Bordnick et al., 2004; Bordnick, Traylor, Graap, Copp y Brooks, 2005; Lee et al., 2003). Los resultados obtenidos en el laboratorio, en los que se observa que la RV es capaz de simular situaciones reales que son capaces de provocar craving en fumadores confieren validez a su utilización como técnica de exposición (García Rodríguez, Pericot-Valverde, Gutiérrez Maldonado, Ferrer García, M. y Secades Villa, en prensa). Además de los estudios que han evaluado la capacidad de producir respuestas de deseo de consumo, otros han dirigido su interés hacia la posibilidad de aplicación de la RV dentro de los tratamientos para el tabaquismo. Los escasos estudios que han utilizado la técnica de exposición mediante RV como intervención terapéutica (Lee et al., 2004; Woodruff, Conway, Edwards, Elliott y Crittenden, 2007), muestran que a través de las sesiones de tratamiento los pacientes reportan reducciones en los niveles de dependencia de la nicotina y niveles de consumo (Girard, Turcotte, Bouchard y Girard, 2009). Uno de los últimos estudios llevados a cabo hasta el momento ha sido el realizado por el

# prolepsis

grupo Patrick Bordnick, de la Universidad de Houston. Este equipo ha desarrollado un programa virtual denominado Virtual reality nicotine cue reactivity assessment system (VR-NCRAS), que incorpora dos entornos virtuales: una situación social en la que aparecen avatares fumando y un entorno que simula una habitación donde aparecen diferentes elementos relacionados con el consumo como paquetes de tabaco, café y bebidas alcohólicas (Kaganoff, Bordnick y Carter, 2012).

En los estudios realizados hasta ahora sobre aplicaciones de la RV para el tratamiento del tabaquismo aparecen dos limitaciones principales. En primer lugar, la mayoría de los resultados obtenidos, a pesar de ser prometedores, no muestran resultados a medio-largo plazo. Son necesarios estudios con periodos largos de seguimiento que permitan comprobar si la abstinencia se mantiene a largo plazo. En segundo lugar, en la mayoría de los estudios realizados hasta el momento únicamente se han desarrollado uno o dos entornos virtuales que reproducen situaciones relacionadas con el consumo de tabaco. Para una buena utilización de la RV dentro de un paquete de tratamiento del tabaquismo es necesario un mayor número de entornos virtuales que posibiliten un tratamiento más individualizado.

Con la finalidad de superar estas limitaciones, nuestro grupo de las universidades de Barcelona y Oviedo está desarrollando un protocolo de intervención validado empíricamente para el tratamiento del tabaquismo que combina los elementos de un programa multicomponente para dejar de fumar (Becoña, 2007)

junto con un nuevo módulo de exposición mediante técnicas de realidad virtual. A continuación se describen las fases de este proyecto y los resultados obtenidos hasta el momento. En la fase inicial, con el objetivo de determinar qué entornos virtuales se desarrollarían, se administró un cuestionario a 154 fumadores en el que los sujetos debían informar acerca del deseo de consumo de tabaco en 12 situaciones donde los fumadores suelen consumir: después del desayuno, después de comer o cenar en casa, después de comer en un restaurante, tomando algo en un pub, tomando un café en una cafetería, viendo la televisión o leyendo un libro en casa, durante las pausas en las clases, durante las pausas en el trabajo, esperando a un amigo en la calle, trabajando, estudiando para un examen y conduciendo. Igualmente, se les pidió a los participantes que enumerasen los estímulos presentes en dichas situaciones y que pudiesen funcionar como precipitantes del deseo. Los resultados mostraron que las situaciones en las que los participantes refirieron mayor nivel de deseo de consumo fueron, en primer lugar, tomando algo por la noche en un bar/pub; en segundo lugar, después de comer o cenar en un restaurante; en tercer lugar, tomando un café por la tarde en una cafetería y, finalmente, después de comer o cenar en casa (García-Rodríguez, Ferrer-García, Pericot-Valverde, Gutiérrez-Maldonado, Secades-Villa, y Carballo, 2011). Las señales proximales que los participantes relacionaron con el deseo de fumar fueron ver a otras personas fumar y la presencia de café o bebidas alcohólicas.

# prolepsis

El conocimiento de cuáles son los precipitantes del consumo más habituales fue importante a la hora de llevar a cabo la segunda fase del proyecto. A partir de las respuestas al cuestionario, se desarrollaron ocho entornos virtuales que simulan siete situaciones diferentes de la vida cotidiana

asociadas al consumo de tabaco: un desayuno en casa, un almuerzo en casa, una situación de sobremesa en un restaurante, una cafetería, una parada de autobús, un pub/discoteca y una situación de relax en casa; y una situación que se pretendía utilizar como control: un museo (figura 1).

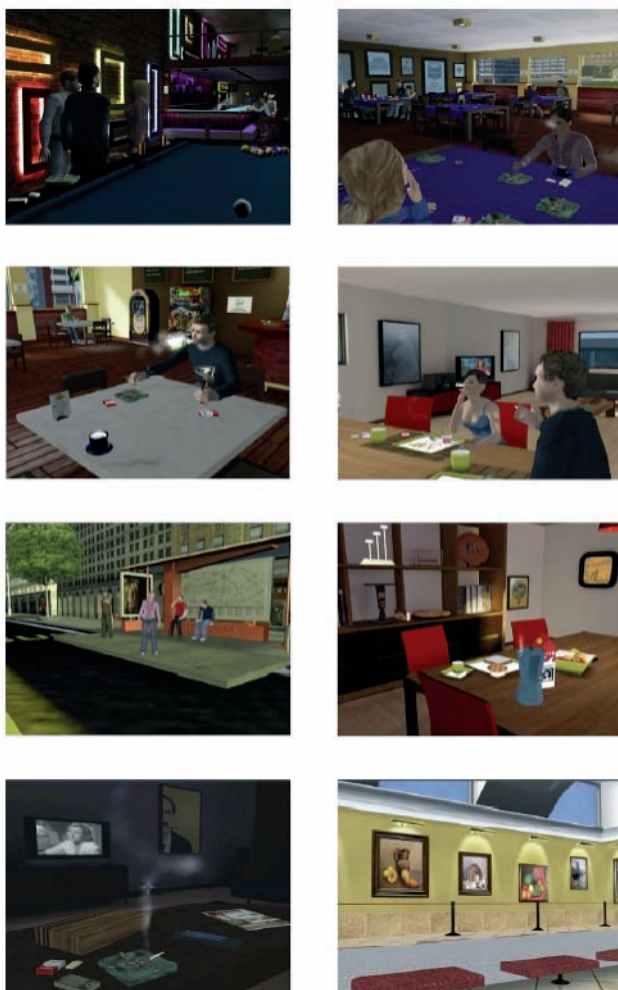


Figura 1. Entornos virtuales para el tratamiento del tabaquismo mediante exposición a señales

# prolepsis

Con el objetivo de evaluar la capacidad de los entornos virtuales desarrollados para producir *craving* en fumadores, y utilizarlos posteriormente durante el tratamiento, se registró el nivel de deseo generado durante la exposición a los entornos virtuales en 46 fumadores (García Rodríguez, Pericot-Valverde, Gutiérrez Maldonado, Ferrer García, M. y Secades Villa, *en prensa*). Los participantes en el estudio fueron expuestos a los entornos virtuales utilizando un HMD (*Head Mounted Display*) con sistema de posicionamiento, permitiendo a los participantes interactuar en tiempo real con el entorno como si fuera el mundo real. Durante la exposición se registraron los niveles de *craving*. Los resultados de este estudio mostraron que los entornos virtuales fueron capaces de producir deseo de consumo y que los fumadores informaron de mayores niveles de deseo en los entornos que simulaban el pub, la cafetería y la comida en casa, resultados coincidentes con los del estudio previo mediante cuestionario.

Durante la misma fase del proyecto, y con el objetivo de determinar la capacidad de distintas variables individuales para predecir el *craving* autoinformado en fumadores durante la exposición a los entornos virtuales, se midieron tres grupos de variables. En primer lugar, variables relacionadas con dependencia de la nicotina: número de cigarrillos al día, puntuación en el test Fagerström y medición de monóxido de carbono (CO); en segundo lugar, variables relacionadas con la ansiedad: puntuación de los tests STAI-R y STAI-E y, por último, variables relacionadas con la sensación de los sujetos de "estar" en los entornos virtuales y no ser un observador externo: pun-

tuación en un cuestionario de presencia (Ferrer-García, García-Rodríguez, Gutiérrez-Maldonado, Pericot-Valverde y Secades-Villa, 2010). La sensación de presencia hace referencia a la capacidad de experimentar la inmersión virtual como si se tratara del mundo real (Gutiérrez Maldonado, 2002). Los resultados mostraron que el cuestionario de presencia fue la variable con mayor capacidad predictiva de las puntuaciones de los sujetos en la escala de *craving*. Por tanto, conseguir que la persona tenga la sensación de estar en los entornos virtuales y no ser un mero observador externo es uno de los aspectos clave durante el tratamiento. Facilitar la interacción con los entornos virtuales y el aislamiento de la situación real para centrarse en la situación simulada pueden ser dos vías para favorecer altos niveles de presencia.

En la actualidad, el proyecto de investigación se encuentra en la última fase, la incorporación de la técnica de exposición a través de RV a un programa multicomponente para el tratamiento del tabaquismo. El tratamiento multicomponente utilizado durante el proyecto está basado en el programa para dejar de fumar de Becoña (2007). El tratamiento desarrollado, Virtual Stop Smoking (García-Rodríguez, Pericot-Valverde, Gutiérrez-Maldonado, García-Fernández, Ferrer-García y Secades Villa, 2011) consta de seis sesiones de una duración aproximada de 90 minutos en las que se utilizan las siguientes técnicas: reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán, información, control estimular, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas y exposición en RV con prevención de respuesta. Con el compo-

nente de exposición se pretende reducir el deseo de fumar hasta su extinción y evitar, de esta forma, el consumo de tabaco en esa situación después de la exposición. Los objetivos de esta última fase son, en primer lugar, determinar la adaptabilidad de las técnicas de exposición a través de RV dentro de un programa multicomponente para el tratamiento del tabaquismo y, en segundo lugar,

comprobar la eficacia del tratamiento a medio y largo plazo. A la espera de los resultados definitivos del ensayo clínico, la adaptación de las técnicas de RV al programa multicomponente ha derivado en el protocolo Virtual Stop Smoking. Este programa está siendo utilizado como protocolo de intervención en las Universidades de Oviedo y de Barcelona con resultados prometedores.

#### Agradecimientos

Proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación: "Aplicación de técnicas de realidad virtual en el tratamiento del tabaquismo" Referencia PSI2008-05938/PSIC.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association.(1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence.American Journal of Psychiatry, 153, 1-31.
- Baumann, S. B., & Sayette, M. A. (2006). Smoking cues in a virtual world provoke craving in cigarette smokers. *Psychology of addictive behaviors*, 20(4), 484-489.
- Becoña Iglesias, E. (2007). Programa para dejar de fumar. Vigo: Nova Galicia Ediciones.
- Botella, C.; Baños, R. M.; Perpiñá, C.; Villa, H.; Alcañiz, M. y Rey, A. (1998): Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behavior Research and Therapy*, 36, 239-246.
- Bordnick, P. S., Graap, K. M., Copp, H., Brooks, J., Ferrer, M., & Logue, B. (2004). Utilizing virtual reality to standardize nicotine craving research: a pilot study. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1889-1894.
- Bordnick, P. S., Traylor, A. C., Graap, K. M., Copp, H. L., & Brooks, J. (2005). Virtual reality cue reactivity assessment: a case study in a teen smoker. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 30(3), 187-193.
- Bordnick, P. S., Graap, K. M., Copp, H. L., Brooks, J. y Ferrer, M. (2005). Virtual reality cue reactivity assessment in cigarette smokers. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(5), 487-492.
- Bordnick, P. S., Traylor, A., Copp, H. L., Graap, K. M., Carter, B., Ferrer, M., y Walton, A.P. (2008). Assessing reactivity to virtual reality alcohol based cues. *Addictive Behaviors*, 33(6), 743-756.
- Campbell, Z., Zakzanis, K. K., Jovanovski, D., Joordens, S., Mraz, R. y Graham, S. J. (2009). Utilizing Virtual Reality to Improve the Ecological Validity of Clinical Neuropsychology: An fMRI Case Study Elucidating the Neural Basis of Planning by Comparing the Tower of London with a Three-Dimensional Navigation Task. *Applied Neuropsychology*, 16(4), 295-306. doi:10.1080/09084280903297891
- Carter, B. L., y Tiffany, S. T. (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction*, 94(3), 327-340.
- Ferguson, S. G., Shiffman, S., y Gwaltney, C. J. (2006). Does reducing withdrawal severity mediate nicotine patch efficacy? A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1153-1161.
- Ferrer-García, M., García-Rodríguez, O., Gutiérrez-Maldonado, J., Pericot-Valverde, I. y Secades-Villa, R. (2010). Efficacy of virtual reality for triggering smoking craving: relation with level of presence and nicotine dependence. *Studies in health technology and informatics*, 154, 123-7.
- García Rodríguez, O., Pericot-Valverde, I., Gutiérrez Maldonado, J. García Fernández, G., Ferrer García, M. y Secades Villa, R. (2011). Virtual Stop Smoking : exposición a través de realidad virtual en un programa para dejar de fumar. *Adicciones*, 23, 198.
- García Rodríguez, O., Ferrer-García, M., Pericot-Valverde, I., Gutiérrez Maldonado, J., Secades Villa, R. y Carballo, J.L. (2011). Identifying Specific Cues and Contexts Related to Smoking Craving for the Development of Effective Virtual Environments. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 14, 91-97.
- García Rodríguez, O., Pericot-Valverde, I., Gutiérrez Maldonado, J., Ferrer García, M. y Secades Villa, R. (in press). Validation of smoking-related virtual environments for cue exposure therapy. *Addictive Behaviors*.doi: 10.1016/j.addbeh.2012.02.013.
- García-Rodríguez, O., Pericot-Valverde, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. (2009). La Realidad Virtual como estrategia para la mejora de los tratamientos de tabaquismo. *Salud y Drogas*, 9 (1), 39-55
- Girard, B., Turcotte, V., Bouchard, S., y Girard, B. (2009). Crushing virtual cigarettes reduces tobacco addiction and treatment discontinuation. *Cyberpsychol Behav*, 12(5), 477-483.
- Gutiérrez Maldonado, J. (2002). Aplicaciones de la realidad virtual en Psicología clínica. *Aula médica psiquiátrica*, 4, 92-126
- Kaganoff, E., Bordnick, P.S. y Carter, B.L. (2012). Feasibility of using virtual reality to assess nicotine cue reactivity during treatment. *Research on Social Work Practice*, 22, 159-165.

# prolepsis

- Killen, J. D., y Fortmann, S. P. (1997). Craving is associated with smoking relapse: findings from three prospective studies. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 5(2), 137-142.
- LaRowe, S. D., Saladin, M. E., Carpenter, M. J. y Upadhyaya, H. P. (2007). Reactivity to nicotine cues over repeated cue reactivity sessions. *Addictive Behaviors*, 32, 2888-99.
- Lee, J., Lim, Y., Graham, S. J., Kim, G., Wiederhold, B. K., Wiederhold, M. D., Kim, I. Y. y Kim, S. I. (2004). Nicotine craving and cue exposure therapy by using virtual environments. *CyberpsycholBehav*, 7(6), 705-713.
- Lubman, D. I., Yucel, M., Kettle, J. W., Scaffidi, A., Mackenzie, T., Simmons, J. G. y Allen, N. B. (2009). Responsiveness to drug cues and natural rewards in opiate addiction: associations with later heroin use. *Archives of general psychiatry*, 66(2), 205-212.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Nemire, K., Beil, J. y Swan, R. W. (1999). Preventing teen smoking with virtual reality. *Cyberpsychology & Behavior*, 2, 35-47.
- North, M. M. y North, S. M. (1994): Virtual environments and psychological disorders. *Electronic Journal of Virtual Culture*, 2 (4), 37-42.
- North, M. M.; North, S. M. y Coble, J. (1998): Virtual reality therapy: An effective treatment for phobias. En Riva, G., Wiederhold, B. K. y Molinari, E. (eds.): *Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS Press.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Plan de medidas NPOWER. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Plasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 196-215.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2010). Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2009-2010. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Riva, G.; Bacchetta, M.; Baruffi, M.; Rinaldi, S. y Molinari, E. (1998): Experiential Cognitive Therapy: a VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. En Riva, G.; Wiederhold, B. y Molinari, E. (eds.): *Virtual environments in clinical psychology and neuroscience: Methods and techniques in advanced patient-therapist interaction*. Amsterdam: IOS Press.
- Rotbaum, B. O.; Hodges, L.; Kooper, R.; Opdyke, D.; Williford, J. y North, M. (1995): Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behavior Research and Therapy*, 26 (3), 547-554.
- Rotbaum, B. O.; Hodges, L.; Alarcon, R.; Ready, D.; Shahar, F.; Graap, K.; Pair, J.; Herbert, P.; Gotz, D.; Wills, B. y Baltzell, D. (1999): Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam Veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (2), 263-271.
- Rovira, A., Swapp, D., Spanlang, B., y Slater, M. (2009). The Use of Virtual Reality in the Study of People's Responses to Violent Incidents. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, 59. doi: 10.3389/neuro.08.059.2009
- Strickland, D.; Marcus, L.; Hogan, K.; Mesibov, G. y McAllister, D. (1995): Using virtual reality as a learning aid for autistic children. *Proceedings of the Autism France Third International Conference on Computers and Autism*, 119-132.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Upadhyaya, H. P., Drobes, D. J. y Wang, W. (2006). Reactivity to in vivo smoking cues in older adolescent cigarette smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(1), 135-140
- U.S. Department of Health and Human Services.(1996). *Clinical Practice Guideline nº 18.Smoking cessation*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Vince, J. (1995): *Virtual reality systems*. Cambridge. ACM Press.
- Wald, J. y Taylor, S. (2000): Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: a case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31 (3-4), 249-257.

# El sufrimiento: Un acercamiento psicológico radical

Moisés García Melón. CENTRO DE PSICOLOGIA CONDUCTUAL. León.

## RESUMEN

El sufrimiento esencialmente es una experiencia verbal propia e inevitable del ser humano en exclusiva. Se atiene principalmente a la raíz de estar experimentando lo que no estamos dispuestos a sentir o pensar: un sentido de resolver los problemas que ha aportado al ser humano muchos éxitos en un sinnúmero de áreas, permitiendo que la evolución haya llegado hasta nuestros días con tanto como tenemos. Pero el procedimiento no funciona en el área de la vida privada, la vida "de la piel para dentro". La Psicología científica está aportando alternativas al sufrimiento de probada efectividad para desmontar el entramado de variables que lo mantienen o lo aumentan. Así todo, la más previsible de aquellas, la felicidad, tan sólo se coloca como una realidad verbal, más propia del lenguaje escrito en la literatura que de las soluciones científicas. Paradoja donde las haya, la felicidad no es más que un mito y su búsqueda también puede ser la trampa.

## ABSTRACT

Suffering is essentially a verbal own inevitable experience of human beings exclusively. Sticks mainly to the root to be experiencing what we are unwilling to feel or think one way to solve the problems it has brought solve the problems it has brought to man success in countless areas, allowing evolution has survived to this day with both as we have. But the procedure does not working the area of privacy, lived "the skin to the inside". Scientific psychology is providing alternatives to the suffering of proven effectiveness to dismantle the network of variables that maintain or increase it. Yet, the more likely of those, happiness, only stands as a verbal reality, more typical of written language in the literature of scientific solutions. Paradox if ever there, happiness is just a myth and search may also be a trap.

## INTRODUCCIÓN.

La acepción del concepto lingüístico es un tanto contradictoria, acaparando significados como "padecimiento, dolor o pena", pero también en el mismo término encontramos "sostener, resistir o tolerar" (Diccionario de la Lengua Española; 1992).

Es propio entonces declinar nuestra mirada en una visión eminentemente psicológica sin la cual y de partida no tiene sentido ninguna explicación. Algunas cotas parecen bien sostenidas si consideramos que (a) el sufrimiento humano se refiere a una experiencia (o al campo de las experiencias); (b) es específica de los humanos por ser verbales (es una experiencia ver-

bal); (c) e implica necesariamente un funcionamiento particular con lo experimentado y ya vivido o por vivir: por vía verbal estar donde no es presente.

En el sentido anterior, las consideraciones de Wilson K. K y Luciano M.C. (2002) *están claras: "El sufrimiento en el sentido de volver sobre las penalidades de la vida como uno las vive y/o poner en el presente un sufrimiento futuro"* (pp.29).

Ahora bien, tener en cuenta el sufrimiento como experiencia verbal, supone la sujeción a ciertas marcas o influencias culturales sin las cuales no cabría vivirlo de tal forma. Así por ejemplo, está deter-

# prolepsis

minado que sufrir implica necesariamente un grado de anormalidad o psicopatología, ya sea normativa o subclínica, que no se corresponde con lo esperado y dictado. Además, está la paradoja (una de tantas, como veremos) de que el mismo buen servicio que el lenguaje ha hecho para las cualidades humanas, como son las que implican prevenir los peligros y vivir más y con menos dolor, ha revertido en un sinfín de sinsabores adueñados del ser humano que continuamente están acechando, bien por anticiparse al dolor que puede vivirse (o viviéndolo ahora por adelantado), bien volviendo sobre lo que ya pasó, dolió y parece que necesitamos que vuelva a doler (o vuelve a doler por estar de nuevo con ello: recordando).

Para más inri, el contexto cultural determina así mismo lo que hay que hacer con el sufrimiento cuando se está sintiendo (o cuando se previene que ocurra): empeñarse en no sentirlo, desterrarlo, eliminarlo. A costa de que así lo hacemos es más el sufrimiento que estaremos viviendo, aún cuando, y en el mejor de los casos, en plazos más bien cortos puede implicar alivio. El mundo está lleno de obligaciones centradas en buscar la forma que sea para no estar con lo que duele. A consta, no obstante, de sentirnos peor (por ello). Así es que lo que hacemos con nuestro mundo privado (pensamientos, sensaciones...) está sujeto a efectos contradictorios: esperando bienestar por quitarnos de encima dolor, obtenemos lo contrario.

Nos quedarían por tanto dos cuestiones centrales a la hora de entender o explicar al sufrimiento humano (y de aportar

cuanto proceda en consecuencia). Por una parte, lo propio es referirnos a este fenómeno en cuanto al material experiencial y verbal que implica; y por otra, y consiguientemente, no está sujeta, dicha experiencia, a la normativa usual de manejo de los problemas humanos en distintos órdenes (físico, psicológico o social), puesto que eliminarla, sustituirla, razonarla o interpretarla con la lógica del mundo corriente, podría implicar un aumento considerable de la experiencia del sufrimiento, lejos de la esperanza basada en su eliminación.

## EL SUFRIMIENTO COMO EXPERIENCIA VERBAL.

Teniendo en cuenta que el lenguaje permite que los humanos conformemos el mundo (dándole forma y sentido), sería también parte esencial de las metas de más alto nivel para vivir la vida. Con lenguaje identificamos los problemas y embarcamos las soluciones. Esencialmente, el lenguaje es útil, pero el mundo de los humanos verbales está lleno de experiencias problemáticas que sin el lenguaje no serían posibles. Como señalan C. Hayes et al. (1999), *“el lenguaje está en el núcleo de la notable tendencia humana a sufrir en medio de la abundancia”*.

Ahora bien, la pregunta oportuna, analizando estos cometidos, estaría en la forma en que el lenguaje actúa en el ser humano para efectos como los señalados. El lenguaje en la experiencia privada, “de la piel para adentro” por así decirlo (articulando una separación formal de nominación skinneriana), no está estructurado (al menos esencialmente) con presentaciones prototípicas de la comu-

nicación interpersonal (sonidos, gestos, y formas auditivas de transmitir información de diverso tipo), sino que se presenta como una experiencia inmediata. Y es ésta la cualidad que permite goces y vivencias placenteras, singulares en comparación con los demás componentes del mundo (animales), pero proclive al peligro o dolor vivido por cada uno.

Una primera consecuencia de estar así las cosas de nuestro mundo privado o interno, verbal para más señas, es que se puede presentar con funciones tan simbólicas que hace ilusa la experiencia *así vivida*, por cuanto puede asumirse que *así es el mundo* (o la parte del mismo que se conecta y construye con las imágenes, palabras o experiencias), aparentando por tanto que lo experimentado interiormente es lo que realmente se presenta. Por ejemplo, somos capaces de sentir tal intensidad al reconocer nuestras limitaciones por el fin de la vida, que podemos "morir en vida" (como si la muerte se construyera con nuestras palabras, imágenes y experiencias derivadas).

El lenguaje implica una suerte de actividad en el razonamiento que no es posible eliminar. Pero esta cualidad es gestionable y podemos aprender formas de uso que le permita (a dicha experiencia de sufrimiento) disuadirse de aumentar, como consecuencia. Y para permitirlo es preciso cuestionar el orden de mecanismos basados en el manejo de los razonamientos que se suponen lógicos, sobre los que habitualmente pretendemos un mejor "pensar", llenándonos de racionalidad y hasta de soluciones matemáticas lo que así estamos analizando. Es otra de

las paradojas que implican un afrontamiento más efectivo del sufrimiento: manejar estas verbalizaciones no tanto con el dossier de los procedimientos razonables, sino más bien al contrario: no razonando, o dedicándonos activamente a observar sin aportación alguna lo que -verbalmente- estamos viviendo.

#### ACERCA DE CÓMO EL LENGUAJE PERMITE SUFRIR.

Para vivir experiencias que determinamos psicológicamente como dolorosas o de sufrimiento, es preciso crear una serie de relaciones entre actos que no están en el presente y lo que particularmente en ese momento estamos experimentando (y figurando verbalmente). Este es el prototipo del aprendizaje relacional tal que "respondemos a un evento en términos de otro". Esencialmente (tal como señalan Hayes y Wilson, 1993; cit. en Wilson K. K. y Luciano M.C., 2002), se trata de una forma de relacionar y asociar sustentada y basada en la "Teoría del Marco Relacional" (Hayes, Barnes-Holmes y Roche; 2001). El prototipo consiste en unir simbólicamente, bajo criterios arbitrarios, la experiencia en ese momento vivida, incluyendo un montón de pensamientos e imágenes que dan luz a la misma, con eventos del pasado y/o del futuro, los cuales actualizan con tal autoridad lo así concebido, que dotan de certeza y absoluta verdad lo que, o bien ya no existe (porque es pasado) o no está ciertamente ahora (porque la conexión implica algo previsiblemente venidero).

Así por ejemplo, somos capaces de asociar el resultado negativo de un cometido laboral ocurrido en el compañero admira-

# prolepsis

ble y con dotes de maestría, a una actividad concreta que a mí me corresponde en los próximos días, y en virtud de tal asociación experimentar ahora sensaciones y pensamientos que bien se pueden denominar de preocupación, malestar, nervios, angustia o sufrimiento. Es más, la virtud de que así experimente (con sufrimiento) la “sin duda” realidad que se me va a presentar, le da autoridad o evidencia de que de tal forma van a ser las cosas, consagrando, o dando por más que razonable, que tal relación se haya establecido.

En estas disposiciones de relacionar eventos privados con asuntos pasados o futuros, se establecen formas tan rígidas de concluir lo que ha de venir que sólo vale implicarse con, y dar sentido, a las sensaciones que en ese momento se están teniendo. Difícilmente se pueden vivir otras opciones o experiencias. Es toda una suerte de contextos que relacionan estrictamente lo que se está sintiendo con lo que arbitrariamente se ha asociado, impidiendo la flexibilidad psicológica que ha de incluir cualquier alternativa funcional (y por tanto reparadora).

## LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL COMO FORMA MÁS COMÚN DE AUMENTAR EL SUFRIMIENTO.

Tal como señalan Hayes et al. (1996; cit. en Hayes S., S.C., Strosahl K. y Wilson KG. ; 1999), *“la evitación experiencial es el intento de escapar o evitar la forma, frecuencia o sensibilidad situacional de eventos privados, incluso si hacerlo causa un daño psicológico”*.

Implica un conjunto de características un tanto singulares que hacen de este fenó-

meno una suerte de trastorno o disfuncionalidad para aportar más sufrimiento con el fin de (curiosamente) eliminarlo.

Es un intento intencionado, por cuanto tratamos con el interés de eliminar “lo que duele”.

También es un intento aprendido (obviamente), pero que alguna vez al menos tuvo sus éxitos (digamos que alguna suerte de éxito eliminatorio sí ha habido en la historia de todo ser humano). Otra contradicción más: pudo funcionar, pero ya no funciona. Por muchos motivos es propio hacerlo así, pues es la comunidad verbal la que también de esta forma enseña a hacer las cosas que son propias del mundo privado de cada uno.

Representa una forma de aprender firme y consolidada. Se constituye en base a reglas bien establecidas (un cumplimiento de reglas fundamentalmente adquirido por mediación de otros o de la cultura propia del contexto), aún cuando difícilmente las reglas surgen por la consistencia de las contingencias naturales; es decir, puede más lo que se aprende por la modulación socio-cultural, y que el contexto verbal determina, que la propia experiencia. De hecho, por ser así, caemos con frecuencia en una suerte de rigidez en el uso de lo que internamente nos duele, y que implica sufrimiento, la cual supone hacer lo que no funciona (o eliminar lo que “duele” a costa de que sólo inmediatamente parece funcionar). Así por ejemplo, repetidamente intentamos “deseadamente” eliminar un pensamiento obsceno, algo que una y otra vez logra éxitos por breves momentos para más tarde apode-

rarse de nuestra conciencia, apareciendo “indeseadamente” y doliendo.

Como adelantaba, es un intento intencionado, deliberado. Con conciencia de hacerlo así lo hacemos. Se insiste con la contradicción por delante: justamente cuando lo propio, por la experiencia o utilidad del procedimiento, sería desistir, porque no funciona. Y la persistencia (una vez más en contra de lo aportado por las contingencias naturales) ocasiona más rigidez: la que consiste en repetir la eliminación de lo que sentimos con el fin de no estar mal, para estar mejor, para ser feliz, para sentirse como la cultura espera que nos sintamos.

Tomando peso las consideraciones anteriores, serían dos los pilares que sostienen el fomento de la experiencia humana de sufrimiento: la inflexibilidad o rigidez psicológica (propia de lo “pegado” que estamos a los pensamientos y demás cogniciones con las que interaccionamos, cual verdades incuestionables) y la evitación de experiencias o emociones que sentimos (basta con que sean aversivas o molestas), como así predica el contexto verbal al que pertenecemos.

#### **A MODO DE ALTERNATIVAS.**

Derivado directamente de cuantos elementos o variables psicológicas participan de experiencias que se corresponden con el sufrimiento, el conjunto de herramientas (no menos *experienciales* que el propio sufrimiento) se constituyen como modificaciones o alternativas a los factores ocasionales y mantenedores (de dichas experiencias). Se supone que cualquier reparación del sufrimiento ha de implicar una suerte de variaciones funcionales

sobre los ejes que lo han construido (a ser posible, dejándolos sin función alguna, o al menos variando las funciones que los mantienen). Así, podemos plantear una construcción alternativa que fundamentalmente implica experiencias de los tipos siguientes. Probablemente la conjunción de todas ellas sea la alternativa esencial del cambio.

Una experiencia alternativa ha de ser la aceptación (la alternativa esencial contra la evitación emocional o experiencial). De todas formas no ha de ser, ni se plantea, ninguna suerte de aceptación racional (o cognitiva si se prefiere). Aceptar la experiencia de la muerte venidera, por ejemplo, no es aceptar con razón y lógica que todos vivimos un tanto de tiempo y luego morimos. Es, simplemente, experimentar la experiencia o vivencia de cuanto sentimos ante la presencia verbal o cognitiva, con los acompañantes estimulares que procedan (según las circunstancias y la historia personal de cada uno) y nada más. Sentirlo sin dejar de sentirlo (o sin hacer nada para tratar de modificar lo que sentimos). No hacer nada contra lo que sentimos es una forma de aceptar.

Una alternativa a las reglas que mantienen el sufrimiento ha de ser también la separación entre el “ser” o la persona y sus contenidos. Adquirir experiencias de no ser los contenidos o cogniciones que estamos teniendo o viviendo, sino mucho más. Nadie es la cabeza, o el corazón que late, o la piel que tiene. Todos somos eso y mucho más. “Yo no soy mis pensamientos” (pues soy mucho más que mis pensamientos). Poder experimentar los contenidos psicológicos como contenidos de un con-

# prolepsis

tinente (que no es el contenido, sino quien los contiene) es la forma alternativa que precisa entrenarse.

Es una alternativa esencial funcionar con independencia de lo que sentimos y con dependencia de lo que queremos lograr o alcanzar, según dicten nuestros objetivos vitales. Nuestro compromiso de valor. Supone en todo modo una suerte de acciones, acciones encaminadas a alcanzar “algo que importa” (pero “sin que importe” lo que sentimos). El resultado ha de ser una suerte de independencia comprometida con lograr lo que nos resulta importante (según nuestra historia). Obviamente, clarificar hacia dónde vamos, dónde encaminar nuestras actuaciones, en una suerte de dirección general, es un requisito.

Otra alternativa, actual donde se precie, resulta de estar presente. El sufrimiento, como se señalaba, funciona en base a conectar verbalmente con el pasado y/o el futuro. Atender intencionada y plenamente al presente, resulta sin duda la alternativa derivada. Al menos atender al presente permitiendo las “variaciones mentales” (distorsiones que alejan la atención pretendida para irse por el pasado o adelantarse al futuro), y dándonos cuenta volver la atención a lo que hemos elegido atender en el presente experimentado. Podemos atender pretendidamente al presente de nuestra respiración (por ejemplo), y cada vez que la atención se distraiga darnos cuenta y volver donde queremos.

## LA FELICIDAD: UNA TRAMPA Y UN MITO.

El sentido común, contexto social por excelencia, tiende a considerar a la felicidad como la alternativa al sufrimiento (en

el sentido más común de los que caben). Su logro se basa en la ocasión de obtener un sentimiento (placer, satisfacción...) o alcanzar un fin (la vida llena, plena...), aún cuando, vista desde esta perspectiva o meta, no es posible el sentimiento permanente que se supone o implica: la alegría. La paradoja aquí presente es que estar encaminado en la meta también supone el sentimiento de dolor. Para la Psicología, el interés sin duda se atiene al segundo término. En síntesis, no estaríamos hablando de felicidad aludiendo al sentido positivo de estos sentimientos, tal como señala Bueno G. (2005): *“Quien ha decidido replegarse definitivamente a las cuestiones positivas que envuelve bajo el rótulo felicidad (evitar la depresión, ganar amigos, etc.) (...). En realidad no ha hecho nada de esto, porque simplemente está ocupándose de otras cosas”* (pp. 35)

Ahora bien, considerada como tal, la felicidad precisa enmarcar de partida su propia naturaleza: ¿Qué es?; y no menos ¿de qué se trata?. Esencialmente la experiencia (o felicidad vivida) es en realidad opuesta a la descrita o narrada (la felicidad tal como se atribuye desde la literatura). Así pues, la contraposición, siguiendo a Bueno G. (2005), lejos de ser una realidad vivida, en realidad sólo se atiene a cuantas narraciones verbales que sobre ella se han realizado; se pregunta Bueno G. *“¿acaso la felicidad no es precisamente algo que sólo se encuentra en la literatura de la felicidad?”* para finalizar con la conclusión en la que basa su obra: *“la tesis de que la felicidad es, ante todo, una idea construida mediante una palabra con sufijo hipostático (-tad, -dad), una figura literaria”* (pp. 9-10) . Siendo pues la felicidad una realidad ver-

bal, aún cuando el filósofo nos aclara que se atiene como tal al lenguaje escrito: *“el lenguaje escrito (literario) es más importante para la felicidad que el lenguaje hablado”* (pp. 11).

Por lo que se acaba consumiendo su significado en la perspectiva natural que le corresponde: un mito. Y es que la visión alcanzada de cuanto es suyo, no es coincidente con la experiencia vivida, tal como señala Harris R. (2010). Así, el autor nos sitúa las consecuencias en base a esta pertenencia, la que supone la visión mítica de la felicidad, a modo de trampas que enmarca en cuatro mitos: (1) *“la felicidad es el estado natural de todo ser humano”* (de estar convencidos sólo podemos aumentar la infelicidad); (2) *“si no eres feliz es que tienes algún defecto”* (el sufrimiento es anormal); (3) *“para construir una vida mejor tenemos que deshacernos de los pensamientos negativos”* (y si tratamos de deshacernos de ellos, lo más probable es que nos crecerán); (4) *“deberías ser capaz de controlar lo que piensas y sientes”* (pero tal control es una ilusión).

#### A MODO DE CONCLUSIÓN: EL SUFRIMIENTO Y LA FELICIDAD.

Una visión psicológica radical implica entender este fenómeno, el sufrimiento, como una experiencia que funciona en virtud de relaciones verbales: las que se establecen entre lo experimentado

(vivencia sentida) y toda conglomeración de otras experiencias (vividas y por vivir; y no menos por otros vividas), entrelazadas entre sí por reglas o normas verbales que nuestro contexto nos disciplina.

La inmensa mayoría de los procedimientos aprendidos para gestionarlo lo amplían, sin ocasión de alcanzar la meta esperada, que es la felicidad. Esta tiene su realidad como mito y puede ser la trampa, sobre todo cuando se encauza como logro de experiencias placenteras continuadas, en al amparo de que no tiene sentido (socialmente determinado) abandonar la lucha contra todo síntoma que implique sensaciones o cogniciones “dolorosas”.

No aporta nada, cuando sí puede ser contraproducente y permitir más sufrimiento, la perspectiva de considerar en la experiencia de sufrimiento sus contenidos: abordarlos como “males a extinguir”. Como un “grano” inevitable que siempre llegaremos a tener en nuestra piel; en su inmensa mayoría de las veces no es el grano lo que importa, sino cómo nos relacionamos con él. Podemos vivir con él mientras andamos hacia delante, o en cambio podemos empeñarnos en su eliminación, como razón esencial para seguir viviendo, aún cuando –contradicción donde las haya– tanto rascarlo sólo favorece su crecimiento y debilita el funcionamiento en la vida.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Bueno G. (2005): “El mito de la felicidad. Autoayuda para desengaño de quienes buscan ser felices”. Ed. Ediciones B, Barcelona.
- Diccionario de la Lengua Española (1992). Real Academia Española, 21ª Edición.
- Wilson K. y Luciano M.C. (2002): “El sufrimiento humano” (pp. 29-42). “Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un Tratamiento conductual orientado a valores”. Ed. Pirámide, Madrid.
- Harris R. (2010): “La trampa de la felicidad. Deja de sufrir, comienza a vivir”. Ed. Planeta, Barcelona.
- Hayes S., Barnes-Holmes y Roche B. (eds.) (2001): “Relational Frame Theory A post-skinnerian account of human language and cognition.” Kluwer Academic, N. York.
- Hayes S., Strosahl K. y Wilson K. (1999): “Terapia de Aceptación y Compromiso: Un enfoque experimental para el cambio de comportamiento”. Guilford Press, N. York.

# prolepsis

## Perspectiva de género: estrategia transversal de análisis de la realidad. "A cross-cutting strategy for analysing reality"

Ana Calvo Álvarez. Psicóloga CL 2708. Psicoterapeuta Familiar y Agente de Igualdad. Fundación Pioneros. *Programa de Medidas Alternativas al Internamiento de Menores en Conflicto Social*



Forges

(Fuente:

[http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU\\_Campania\\_FA&cid=1193050209869&pageid=1193049831625&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU\\_Campania\\_FA%2FMIGU\\_campaniaGenerica](http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Campania_FA&cid=1193050209869&pageid=1193049831625&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU_Campania_FA%2FMIGU_campaniaGenerica))

### RESUMEN

Un análisis con perspectiva de género de la realidad en occidente va a permitir entender las desigualdades entre hombres y mujeres, respecto a las diferencias en la representatividad en esferas de poder, de visibilidad en la vida política, remuneración económica, seguridad, salud, el uso del tiempo, el valor que se concede al trabajo en el ámbito público y privado, la Violencia de Género, o la promoción profesional, y por qué todavía hoy se siguen manteniendo. Romper con los estereotipos y roles de género que mantienen la diferencia nos permitirá convivir en una sociedad más justa, equitativa y autónoma.

Palabras clave: perspectiva de género, igualdad, patriarcado, feminismo, discriminación de género, androcentrismo, equidad de género, espejismo de la igualdad, sistema sexo-género, corresponsabilidad, violencia de género.

### ABSTRACT

A gender-based approach to Western reality will allow us to understand inequalities between men and women in several domains: differences of representation in the areas of power, visibility in political life, economic income, safety, health, use of time, the value attached to work in the public and private domain, Gender-based Violence, career advancement, as well as the reason why they are still maintained today. Doing away with the stereotypes and gender roles that sustain the difference will allow us to live in a more just, fair and independent society.

Keywords: gender, equality, patriarchal society, feminism, gender discrimination, androcentrism, gender equity, equality illusion, sex/gender system, co-responsibility, gender-based violence.

## LA MIRADA FEMINISTA: ANÁLISIS TRANSVERSAL DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GÉNEROS

Todas las mujeres del planeta por el hecho de serlo sufren desigualdades. En España, **tienen un formato diferente** al que vivieron mujeres en épocas anteriores, ya que hoy tienen garantizados derechos de los que mujeres en el pasado no disfrutaron (derecho al voto, el acceso a la universidad -primera mujer universitaria: Concepción Arenal en 1910-, cierta representatividad en el ámbito político, social, cultural, etc.). Antes, en la mayoría de los casos, las mujeres accedían a una profesión (la mayoría de las veces no remunerada ni considerada como tal) sin capacidad de elegir sobre ella ni sobre su futuro. Era lo que les tocaba. Ahora la mujer estudia para decidir sobre su futuro, para ser autónoma e independiente, sin necesidad de depender o contar con los bienes gananciales de su marido (el cual todavía en 2010 decide casi unilateralmente en qué invertir el dinero y en qué no).

Gracias al recorrido de mujeres que hicieron posible la Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres en ámbitos como los que se ha nombrado anteriormente, y a la importancia de resaltar el valor femenino tan infravalorado todavía, hoy es posible analizar, sin miedo a ser guillotinas o quemadas en la hoguera, las discriminaciones que sitúan a las mujeres en un papel de desventaja respecto a los hombres.

La “mirada feminista” va a permitir analizar el mundo desde una perspectiva en la que las mujeres puedan darse cuenta de los micromachismos a los que se ven

sometidas a diario en su vida, los hombres también van a verse provistos de herramientas para identificar mensajes sexistas dados en los medios de comunicación, la escuela y la propia familia, y que contribuyen a una socialización de género. La “mirada feminista” también va a analizar el proceso salud-enfermedad en clave de género, el uso desigual del tiempo, la diferente atribución del valor del trabajo dependiendo de si se da en el ámbito privado o público, análisis de la brecha salarial, el fenómeno de la prostitución, etc.

Una de las trampas del patriarcado que ha hecho desvirtuar la imagen del Feminismo, es promocionar la idea de que la Igualdad beneficia solamente a las mujeres. En realidad, es una apuesta más amplia a favor de sostenibilidad social y calidad de vida. La Igualdad entre mujeres y hombres empezó a ser un objetivo institucional (y no sólo de organizaciones feministas y de mujeres), a partir de la creación del Instituto de la Mujer en 1983. Además, la desigualdad y la discriminación de género son incompatibles con la democracia. La Igualdad de Género va más allá de la equiparación de lo femenino con lo masculino, también considera lo femenino como riqueza, afirma la libertad femenina y atiende a la singularidad y pluralidad de las mujeres. Las mujeres son más del 50% de la población general, por tanto, no se las puede seguir tratando como colectivo. De ahí que lo masculino deba ya dejar de ser considerado como referencial universal y medida de la experiencia humana (Androcentrismo).

Otra de las trampas viene definida por aquellas personas que defienden que la

# prolepsis

Igualdad de Géneros existe afirmando que “hoy en día hay Igualdad”. Ni en términos de poder, ni de visibilidad, ni de remuneración económica, ni en lo que respecta a la seguridad ni a la salud hay Igualdad. Tampoco en el uso del tiempo, al valor que se concede al trabajo en el ámbito público y privado (ver anexo 1), la Violencia de Género, o la promoción profesional (Espido Freire, 2005). Por tanto, no podemos hablar de equidad. **Este es el formato actual de la desigualdad.**

Se entiende por **“Espejismo de Igualdad”** cuando determinados logros (mencionados anteriormente), se asumen como universales y se afirma que hay Igualdad. Podemos decir que este enunciado es falso ya que la situación de desempleo en términos generales tiene rostro de mujer, también la pobreza, la reducción de jornada, el mayor tiempo de cuidado hacia los y las menores, etc.

Otra de las falacias del patriarcado consiste en afirmar que la Igualdad es la Igualdad de Oportunidades. El reconocimiento de la Igualdad de derechos no implica su puesta en marcha en la sociedad. Por lo tanto, las mujeres se ven limitadas en el disfrute de los derechos civiles y sociales. Lo que evidencia que el mero reconocimiento de los derechos no es suficiente. Hay que erradicar todas estas discriminaciones. Es necesario implementar políticas de Igualdad orientadas a superar la discriminación y garantizar la Igualdad. La ley orgánica 3/2007 de 22 de Marzo para la Igualdad Efectiva de mujeres y hombres establece el fundamento jurídico para avanzar hacia la Igualdad

efectiva en todos los ámbitos de la vida social, económica, cultural, etc.

El **origen de las desigualdades** se sitúa en la tradición histórica socio-cultural basada en la distribución de roles y estereotipos de género. Incluso antes de nacer, dependiendo de nuestro sexo, hombres y mujeres son socializados y educados de manera diferenciada. Se transmiten los llamados “mensajes en rosa y en azul” (ver anexo 2), lo que hace que las diferencias biológicas entre mujeres y hombres se traduzcan históricamente en desigualdades entre ambos sexos, siendo las mujeres las más desfavorecidas en este proceso. Por tanto, el sexo no es en sí mismo la causa de la desigualdad de las mujeres, sino una posición de género construida culturalmente (sistema sexo-género). Esta construcción implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas al hombre. El problema no es la diferencia de roles, sino la jerarquización entre ellos.

Hacer un **análisis feminista de la manera en que mujeres y hombres enferman** implica considerar que lo hacen de manera diferente y que existe un vínculo desigual con los recursos sanitarios dependiendo del sexo, así como que el proceso salud-enfermedad está condicionado por factores socioeconómicos, productivos y psicosociales procedentes de modelos y roles de género que determinan formas de vivir (las mujeres tienen una sobrecarga de los cuidados, trabajo reproductivo y no remunerado, situaciones de subordinación, dependencia, abusos, Violencia de Género, doble o tri-

ple jornada laboral, ideal corporal modélico, eterna juventud, etc. Por su parte, los hombres tienen que demostrar fortaleza, mantener las relaciones de poder y el ideal de éxito, lo que implica modos de vivir y enfermar diferentes). Por lo tanto, la dicotomía histórica construida socialmente que marca lo “típicamente masculino y femenino” se ve reflejada en todas las conductas personales, familiares, sociales o laborales del ser humano. Estas diferencias han tenido implicaciones diversas en la salud que van en dos sentidos: diferencias de género en la profesión médica y diferencias de género en el trato que el sistema sanitario da a hombres y mujeres. En el entorno sanitario hablamos de **atención diferenciada** en cuanto a la atribución de diferentes formas y objetivos en el tratamiento del paciente si este es hombre o mujer, la **diferente atención en la consulta**, cuando los médicos mantienen una actitud más comunicativa y participativa que los médicos. **Diferencias en el diagnóstico y el esfuerzo terapéutico**: diferentes diagnósticos según el género del médico, diferentes tratamientos según el género del paciente, diferente grado de consumo de medicación, etc. También existen **diferencias en el nivel de satisfacción**, con preferencias por uno u otro sexo según zona la corporal que se haya de tratar o con prejuicios negativos si el tratante es mujer y además joven. Los estereotipos condicionan las opiniones, valores y expectativas profesionales sobre los modos de enfermar de hombres y mujeres, las enfermedades o los puestos de trabajo propios de cada sexo, las profesiones masculinas y femeninas, el diferente valor de los cuidados y

las innovaciones o el diferente uso del tiempo profesional que destinarán ellos y ellas a la investigación y a la escucha de la población en la consulta. Según el Informe Salud y Género de 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo:

1. En 2006, la esperanza de vida de las mujeres es de 83,8 años y la de los hombres de 77,2 años. De modo que las mujeres viven 6,6 años más que los hombres.
2. Entre los 45 y 65 años las muertes prematuras son significativamente más altas entre los hombres que en las mujeres.
3. La primera causa de muerte en personas maduras son los tumores (de mama en mujeres y de pulmón en hombres) y las enfermedades del sistema circulatorio.
4. Entre los hombres destaca la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, la cirrosis y otras enfermedades del hígado, relacionadas con conductas de riesgo de mayor incidencia en los hombres debido al modelo de socialización de género.
5. La percepción de la salud es peor en las mujeres que en los hombres, refiriéndola como buena o muy buena el 54 % de ellas y el 63% de ellos (a pesar de vivir más años se perciben con menos calidad de vida).
6. Como manifiestan hombres y mujeres, sus quejas son diferentes. Si bien el tipo de quejas crónicas es similar en ambos sexos, la frecuencia en las mujeres es del doble al triple en todas las categorías principales (artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza y depresión).
7. Existen oportunidades de mejora en la atención a las enfermedades cardiovasculares en la mujer, tanto en relación

# prolepsis

con la percepción de riesgo de padecerla como en las actitudes del personal sanitario de todos los ámbitos asistenciales para su identificación precoz y la optimización de su tratamiento.

8. El climaterio se ha interpretado como una situación de declive y pérdida de feminidad y funciones principales de las mujeres, por tender a equiparar ciclo vital con vida reproductiva. Se debe evitar esta asociación y la medicalización de este período, ya que muchos de los malestares que se encuentran en ella se deben al proceso de la socialización de género recibida y no a los cambios biológicos.

9. El aumento de la esperanza de vida de la población, sumado al descenso en la natalidad y el atraso de la emancipación de la juventud, provocan que gran parte del peso de cuidados en la sociedad, tanto en el terreno productivo como reproductivo, recaiga sobre las personas maduras. Sin embargo, este peso se distribuye de manera desigual en mujeres y hombres, lo que tiene importantes consecuencias para su salud.

10. La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no ha traído de la mano la inclusión de la mayoría de los hombres al espacio de la reproducción doméstica y del cuidado. Por lo tanto, las mujeres están asumiendo la multiplicidad de roles y la doble o triple jornada laboral. Estos roles de ama de casa, cuidadora de las personas dependientes y trabajadora remunerada suponen una sobrecarga de funciones que tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres.

11. Esta etapa de la vida suele coincidir también con la madurez profesional. En el análisis de uno de los campos profesio-

sionales, el sanitario, se observa que aunque su feminización es importante en los estudios universitarios y en los puestos de trabajo de categorías inferiores, las mujeres están menos representadas que los hombres en puestos de responsabilidad y de mayor prestigio y remuneración.

**Analizar con mirada feminista el reparto de tareas** es hacer un llamamiento a la corresponsabilidad en lo doméstico y lo profesional para re-equilibrar la participación de hombres y mujeres en la esfera de lo privado y de lo público. La idea es que los hombres se responsabilicen de los cuidados para democratizar el espacio doméstico y para evitar su actitud subsidiaria de ayuda a dichas tareas. Las ventajas de la corresponsabilidad son varias: mejora la calidad de vida de los miembros de la familia, proporciona mayor autonomía personal, libera tiempo para dedicarlo a otras cuestiones **y porque es justo**. Es importante visibilizar las consecuencias sobre las mujeres cuando no hay reparto de tareas:

- 80% de los contratos a tiempo parcial son de mujeres
- 31% de las abuelas maternas cuidan a los niños/as
- la presencia de la pareja en el hogar aumenta 8 horas semanales el trabajo realizado por la mujer
- cuanto mayor es la familia, menor es el número de personas que hacen tareas en el hogar
- entre 6%-25% de los hombres hacen la compra
- por cada hora que la mujer trabaja fuera de casa, el hombre sólo aumenta su trabajo 5 minutos en el hogar

- como media, las mujeres ganan 28% menos que los hombres
- por cada hombre que abandona su puesto de trabajo por razones familiares, lo hacen 27 mujeres
- baja por paternidad: 1,6%

**Analizar con mirada feminista la educación** proporcionada **en la escuela** supone hablar de Igualdad en el sentido de “juntar lo masculino con lo femenino y ponerlo a disposición de niños y niñas” en palabras de Elena Simón. Hoy se les enseña a los niños y niñas a través de los juguetes habilidades instrumentales y de competitividad (“yo más que tú”). Los mensajes en rosa y en azul no son sostenibles. Vamos a dejar de decir a las niñas “qué guapa eres” porque el día que no lo estén va a ser un drama... La idea es dar otro tipo de mensajes para que las expectativas que depositemos en ellos y en ellas rompan el sexismo actual. P.e: si un chico es muy sensible valorémoslo como positivo en vez de decirle “qué flojo eres”. Desde la escuela se sigue reproduciendo desigualdad porque hay:

- división de tareas en función del sexo
- construcción social de género: los niños y las niñas están aprendiendo roles sociales muy incompatibles con la realidad. Por ejemplo en cuanto al canon de belleza actual. Además, se están educando roles incompatibles.
- expectativas diferenciadas
- no difusión de la obra femenina. El currículo escolar no es neutro. A los chicos no se les enseña la obra femenina, por lo que los niños se hacen poseedores de la cultura, generando la ley del dominio: asocian la fuerza, el poder y el dinero a cualidades masculinas.

La diferencia de sexo se ha convertido en una distinción social por la que “ser mujer es tener de menos”. Esta distinción establece la desigualdad de trato, de condiciones, etc., aunque del discurso general se desprende que hay Igualdad, en la práctica no es así. Para romper la idea de hombre=privilegios, hay que educar en Igualdad desde la escuela.

Berta Muñoz habla de que en las mujeres que han tomado conciencia de la desigualdad de género conviven la “mujer ancestral” y la “mujer moderna”. La ancestral representa la herencia patriarcal y la mujer moderna la ética feminista. La suma de estas dos partes va constituyendo la singularidad de cada mujer. Y de ahí surge el conflicto. La idea es acostumbrarse a la negociación consigo misma para avanzar hacia posturas igualitarias.

Los medios de comunicación son productores y reproductores de los estereotipos de género. Hacer un análisis de género en este campo implica considerar que el tratamiento de las mujeres es los **medios de comunicación** refleja la invisibilidad mediática de la figura femenina, la poca visibilidad de los distintos roles que personifican las mujeres, las representaciones estereotipadas denigratorias o el distinto tratamiento informativo en función del sexo.

**Analizar con mirada feminista la educación en Igualdad y promoción de roles y estructuras no sexistas implica la incorporación de los hombres en las profesiones de cuidado.** Los motivos son varios:

- Es justo, como ya se ha mencionado

# prolepsis

anteriormente, y permite la democratización del espacio doméstico.

- La corresponsabilidad como fórmula ideal: reparto de tareas equitativo. Los hombres suelen desempeñar las tareas relacionadas con la gratificación. En cambio las mujeres se ocupan de aquellas que son más monótonas, pesadas, domésticas, etc.

- Promocionar los roles familiares simétricos. Hakim 2005 habla del abismo entre las preferencias declaradas y su conducta real. España y Grecia son los países menos igualitarios de la Unión Europea. Un dato: las mujeres españolas dedican 561 horas anuales de promedio a sus hijos o hijas, mientras que los hombres 157 horas

- ¿Cómo es posible que los hombres tengan más reconocimiento social si son padres implicados que una madre que desarrolla las mismas tareas?

- Por todo ello, se hace necesario desarrollar nuevas identidades masculinas relacionadas con el desarrollo emocional, el valor del cuidado, hombres igualitarios, etc.

- En la familia no hay Igualdad de oportunidades

Hacer un **análisis de género sobre la incorporación de la mujer al mundo laboral** supone entender que, a pesar de llevar 30 años en ello y resultar más visibles en profesiones típicamente masculinas como el derecho (lo que inicialmente es un logro), puede suponer inconvenientes. Las mujeres han reorganizado la vida común. Lo cual genera el problema de la compatibilidad entre la vida familiar y laboral. Surge la necesidad de sacar al ámbito político esta disyuntiva para rom-

per la doble presencia y las precarias contrataciones laborales de estas por el hecho de ser madre trabajadora. Se tendrían que revisar los convenios colectivos que regulan estas contrataciones, así como se debería promover el uso de permisos de paternidad para evitar la discriminación a la hora de contratar a una mujer.

La cultura patriarcal está llena de abusos y de privaciones sufridas por las mujeres. Por eso es tan importante tomar conciencia de ellas. La mirada feminista puede ayudarnos a ver la diversidad del pensamiento.

“El Feminismo es producto del cabreo” dice Celia Amorós. ¿Y quién no se cabrea por todas estas injusticias?

En cuanto a la **Participación Política y Social**, las mujeres están presentes en todo tipo de organizaciones y con una formación generalmente más amplia que los varones. A medida que ascienden en la esfera de poder, prestigio o remuneración económica, la presencia de mujeres disminuye significativamente. Las causas de la no participación vienen marcadas por: la desigual designación de los tiempos entre mujeres y hombres, la “doble presencia” en la vida familiar y laboral y el “techo de cristal”. Mientras las mujeres no tengan la presencia equilibrada y cualificada en la toma de decisiones, la situación de desigualdad se mantendrá en todos los ámbitos de la vida. Se proponen los siguientes objetivos a desarrollar en un posible Plan de Igualdad en una corporación local:

a. Fomentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los ámbitos público y social. Actuaciones:

I. Sensibilizar a las mujeres para que se animen a participar en la vida pública y concienciar a la sociedad de los beneficios de una participación paritaria

II. Potenciar la investigación de las causas que dificultan el acceso de las mujeres en los puestos de decisión en los distintos ámbitos

III. Introducir medidas de acción positiva que permitan a las mujeres acceder a los ámbitos de toma de decisiones

IV. Asesorar e informar a las empresas de la zona, de programas y ayudas para promover el incremento de la participación de las mujeres en las estructuras de poder

V. Fomentar la promoción profesional y política de las mujeres en la Administración Local

VI. Visibilizar el sistema sexo-género como falta de empoderamiento de las mujeres

VII. Desarrollo de programas de empoderamiento y desarrollo personal

b. Aplicar acciones positivas en la política del personal municipal. Actuaciones:

I. Creación de un protocolo de recogida de información sobre la existencia de casos de discriminación desde las entidades locales

c. Mejora de la capacitación del personal al servicio de la Administración Pública. Actuaciones:

I. Cursos de formación y sensibilización

II. Medidas en ofertas de empleo públicas, procesos selectivos y promoción interna

III. Agentes y Promotores de Igualdad

IV. Uso de un lenguaje no sexista o inclusivo

d. Incorporación de la Perspectiva de Género en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas. Actuaciones:

I. Evaluación previa del impacto de género en las disposiciones de las normativas

II. Presupuestos de Género

III. Comisiones administrativas de coordinación interdepartamentales e interinstitucionales

e. Visibilización y difusión de compromisos y responsabilidades en relación con la Igualdad de Oportunidades en los procesos de toma de decisiones y desarrollo de las políticas públicas. Actuaciones:

I. Compromisos de las administraciones públicas

II. Medidas dirigidas a medios de comunicación. Observatorios de publicidad y códigos éticos y de buenas prácticas

Dado que el origen de la **Violencia de Género** es la discriminación y la desigualdad, si mejoramos la autonomía e independencia de las mujeres contribuiremos al equilibrio de poder entre hombres y mujeres, garantizando de esta manera que las mujeres tengan más dominio sobre ellas mismas. En este sentido la estrategia fundamental para combatir la violencia de género debe pasar por el apoyo y fortalecimiento de las mujeres. Al hablar de violencia contra las mujeres la denominamos "Violencia de Género" para señalar la importancia que en ella tiene la cultura. Para dejar claro que esta forma de violencia es una construcción social, no una derivación espontánea de la naturaleza.

# prolepsis

Una cultura de violencia que no sólo sufren las mujeres víctimas directas de la violencia sexista sino que empapa a todas aquellas personas que la rodean: hijos e hijas, madres y padres, hermanos y hermanas, vecinas y vecinos y un largo etcétera de personas que entran en la espiral del desconcierto y la desesperanza.

En 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos “toda persona tiene los derechos y libertades proclamadas en esta declaración sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad (a no ser víctima de amenazas, violencia o agresiones) a igual protección ante la ley...

Estos Derechos forman parte de las Constituciones de muchos de nuestros países, aunque las mujeres siguen encontrando muchas dificultades para disfrutarlos. En su caso, se ven vulnerados por razón de sexo, convirtiendo en desigualdades las diferencias intersexuales, como históricamente se ha hecho con las diferencias interraciales. Cuando se considera que los hombres están por encima de las mujeres, y que pueden ejercer poder en su contra, se están incumpliendo los derechos fundamentales de las mujeres. Es en una sociedad desigual donde surge la violencia de género, que es la manifestación más extrema e intolerable de la discriminación sexista. Según Ángeles Álvarez, “la violencia es la coacción física o psicológica ejercida sobre una persona

para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado”.

La expresión “Violencia de Género” indica que la víctima es una mujer, que el agresor es un hombre y el objeto de dicha agresión es mantener un orden establecido que la víctima ha intentado desmontar. Evidentemente la violencia hacia las mujeres se manifiesta de muy diversas maneras, no limitándose a las agresiones claramente manifiestas (físicas y psicológicas) sino que abarca todas aquellas situaciones de desigualdad y discriminatorias que en muchas ocasiones están o son normalizadas en el día a día por nuestra sociedad. La desvalorización, control y dominio, aislamiento social, amenazas, violencia física y sexual, chantaje emocional, etc. son sólo algunos ejemplos de violencias.

En definitiva, no podemos obviar que la Violencia de Género es un gran obstáculo que impide el desarrollo social y humano en libertad, de más de la mitad de la población.

La cultura patriarcal en la que aún vivimos sitúa al hombre como un ser superior, reforzando un modelo de pareja asimétrica donde la mujer es alguien a quien someter, controlar y dominar con el método necesario en su caso. Por tanto, la violencia estaría justificada, como lo ha estado y sigue estando aún en el siglo XXI, ya que son modelos que residen en el imaginario colectivo. Todo esto ha llevado a que se silencie la violencia tanto por parte de la víctima como de la sociedad. En muchas ocasiones las familias de las víctimas desconocen lo

padecido por su hija hasta que esta regresa al hogar, en el mejor de los casos, o hasta que un episodio provoca la intervención de la policía o asistencia médica. Las amistades cercanas tampoco son conocedoras habitualmente de la profundidad y gravedad de la violencia. Pueden ver discusiones o malos tratos verbales que nunca identificarían como violencia porque como decíamos están normalizadas. Trabajar la Violencia de Género implicaría:

- Sensibilizar a la ciudadanía sobre el problema social y estructural que supone.
- Aumentar la calidad de los servicios de atención a mujeres en situación de violencia o en proceso de salida de la misma
- Prevención de la Violencia de Género

El **análisis de género referido a la prostitución** pasaría por desarrollar políticas que persigan al prostituidor, castigando la demanda y no la oferta (Marie De Santis, Women's Justice Center), para evitar que se responsabilice a las mujeres de una práctica que utilizan los varones. Esta iniciativa tiene su antecedente en Suecia donde la prostitución ha disminuido considerablemente. No podemos sostener la libertad individual para desarrollar la prostitución ya que perpetúa el esquema previo (el

cuerpo como objeto a ser consumido). El que una mujer ejerza la prostitución afecta al resto. En cambio, si la ejerce un hombre no debilita al colectivo que ejerce el poder. El hombre es el que puede eliminar el estigma.

Como reflexión final, es conveniente señalar que mujeres y hombres no somos idénticos pero podemos ser iguales en derechos y oportunidades. Caminaremos hacia la Igualdad si evitamos la socialización sexista, y cuando entendamos que no hay cosas de chicos o de chicas, sino que son "patrimonio de la humanidad", como defiende Elena Simón. Para esto, es fundamental educar en la compatibilidad de roles.

Queda un largo camino por recorrer hasta alcanzar la Igualdad efectiva. La sociedad española está todavía impregnada de estereotipos y roles de género que colocan a las mujeres en una posición de desventaja con respecto a los hombres y dificultan el disfrute completo de sus derechos. "El Feminismo es una manera de entender las relaciones personales, económicas, culturales, el mundo... Lo que es verdaderamente limitado es no ser Feminista. Esto te priva de conocer lo que le ocurre a la otra mitad del mundo". Ángeles Álvarez

# prolepsis

## ANEXO 1

El trabajo en el ámbito público		El trabajo en el ámbito doméstico
Reconocido socialmente como trabajo.	1	No reconocido socialmente como trabajo.
Tareas delimitadas y específicas.	2	Tareas múltiples y simultáneas.
Esfuerzo centrado en una actividad.	3	Esfuerzo disperso en muchas actividades.
Con condiciones laborales de desempeño.	4	Sin condiciones laborales de desempeño.
Produce cosas o servicios que se ven ("luce").	5	Produce servicios que no se ven ("no luce").
Remunerado.	6	No remunerado.
Con horarios y descansos programados.	7	Sin horarios, continuado con disponibilidad total.
Constituido por un sólo aspecto: la actividad laboral específica.	8	Realizado en el lugar donde se convive con la familia, se come y se descansa.
Realizado habitualmente en un lugar diferente al de relacionarse con la familia, comer y descansar.	9	Realizado en el lugar donde se convive con la familia, se come y se descansa.
Con vacaciones, fines de semana de descanso y eventual desempleo.	10	Sin vacaciones, fines de semana de descanso, y nunca hay desempleo.
Permite incorporarlo como experiencia al currículum y favorece progresar	11	No se puede incorporar a ningún currículum y no favorece progresar laboralmente.
Lo realizan hombres y mujeres.	12	Habitualmente lo realizan sólo las mujeres (especialmente el trabajo emocional)

Fuente: Proyecto Alba Plata en Igual. Fundación Mujeres

## ANEXO 2

SI ERES CHICA	
Serás:	Y te sentirás obligada a:
Coqueta, presumida	Cuidar tu imagen, maquillarte, "adornarte", corregir tus "imperfecciones"
Servicial, atenta	Cuidar a otras/os, Ayudar en casa, estar atenta a las necesidades de las/os demás
Emotiva, emocional	Ser cariñosa, impresionable, soñadora, romántica
Habladora	Ser sociable
Sensible, afectiva	Mostrar que tus afectos y lo que te importan las/os demás, de mostrar que no eres fría
Cuidadosa, delicada	Ser prevenida y volver pronto a casa y acompañada, no salir sola por la noche, buscar protección
Discreta, prudente	tener cuidado con la sexualidad, no ser promiscua
Dependiente	Pedir opinión para todo, buscar aprobación

SI ERES CHICO	
Serás:	Y te sentirás obligado a:
Estable, firme	Mostrar seguridad y firmeza. Ser inmovible
Seguro, aventurero	No tener miedo, experimentar nuevas cosas, sentirte invulnerable
Ambicioso	Alcanzar un puesto social, aprender a no renunciar
Independiente	Ser autosuficiente
Racional	Mostrar que las emociones no se interponen en tu vida
Cabeza de familia	Ser maduro, sensato, equilibrado, reflexivo
Realista, hábil	Ser resolutivo, práctico
Agresivo	Despreciar la sensibilidad, ligar mucho, presumir de tus conquistas

Fuente: Fundación Mujeres. "El origen de las desigualdades"

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

TOBÍO C., M. S. Agulló Tomás, M. V. Gómez, M. Martín Palomo (2010): El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales. Num 28. Obra Social fundación "La Caixa".

DURÁN, M. A. (2006). El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día? Madrid. Espasa

INSTITUTO DE LA MUJER (2009): Mujeres en cifras 25 años. Ministerio de Igualdad

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2009a): Mujeres y hombres en España, Madrid: INE/Instituto de la Mujer

VARELA, N. (2005). Feminismo para principiantes. Ediciones B

SIMÓN RODRIGUEZ, M.E. (2010). La Igualdad también se aprende. Cuestión de coeducación. Narcea, Madrid

SIMÓN RODRIGUEZ, M. E. (1999). Democracia vital: mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía. Narcea, Madrid

SIMÓN RODRIGUEZ, M. E. (2008). Hijas de la Igualdad, herederas de injusticias. Narcea, Madrid

BALBÁS, M<sup>a</sup>. J. (2010). Bueno chicas, esto se acabó. Una guía para desdramatizar la menopausia. Ediciones B

DE LA PEÑA PALACIOS, E. M<sup>a</sup>. (2007). FUNDACIÓN MUJERES. Fórmulas para la Igualdad. Reparto de Tareas: corresponsabilidad. En línea: <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD4horiz.pdf>

DE LA PEÑA PALACIOS, E. M<sup>a</sup>. (2007). FUNDACIÓN MUJERES. Fórmulas para la Igualdad: El origen de las desigualdades. En línea: <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD1horiz.pdf>

Plan Estratégico de Igualdad De Oportunidades 2008-2011

ARCONADA MELERO, M. A. (2007). "La responsabilidad de los hombres en el trabajo doméstico: ¿Tradición o Justicia?". Santiago de Compostela

Informe salud y género 2005. Ministerio de sanidad y consumo

Observatorio Estatal de Violencia de Género sobre la Mujer

Guía de Recursos contra la Violencia de Género. Entre todos podemos. No a la Violencia de Género. Junta de castilla y León

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo)

Protocolo marco de actuación profesional para casos de Violencia de Género en Castilla León

Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección oficial contra la Violencia de Género

Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres

Ley 39/99 de Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras de 5 de noviembre

II Plan de Igualdad de Oportunidades de mujeres y hombres. Concejalía de Igualdad de Oportunidades, Familia y Mujer. Ayuntamiento de Palencia

II Plan contra la Violencia de Género en Castilla y León. Junta de Castilla y León

III Plan Provincial de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres. Diputación de Palencia

IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres de Castilla y león (2007-2011)

# prolepsis

## Conducta suicida. Protocolo de intervención.

### Suicidal behavior. Intervention protocol

**Vicente Marín Pérez.** Psicólogo CL-403. Interpsicología Aplicada. León. Coordinador del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias de Castilla y León. GRIPDE - 112.



Foto: J. Quiñones

#### RESUMEN

En el presente artículo, he justificado la necesaria utilización de los principios de aprendizaje como método de evaluación y análisis funcional para obtener el mayor número de variables relevantes y establecer una serie de hipótesis explicativas de cada caso que inexorablemente generarán las pautas que deben seguir la hipótesis predictivas y la intervención con conductas suicidas. El entrenamiento del psicólogo de emergencias en habilidades de evaluación in situ, en habilidades sociales, en escucha activa, en el establecimiento de empatía, en manejo y contención emocional, en estrategias de negociación, etc. en definitiva habilidades de conexión emocional y cognitiva, aumenta la probabilidad de modificar las respondentes fisiológicas y cognitivas, al variar estos antecedentes, cambiarán las operantes del suicida a favor de la vida. Propongo un protocolo de evaluación e intervención en estos casos.

Palabras clave: Suicidio, Conducta autolítica, Ideación suicida, Operantes suicidas, Autolisis, Análisis funcional, Principios de aprendizaje, Conductas autolesivas, Emergencias, Psicólogo de emergencias, GRIPDE.

#### ABSTRACT

In the present article, I have justified the necessity of using the learning principles as a method of functional assessment and analysis in order to obtain the largest number of relevant variables and establish a set of explanatory hypothesis in each case that will relentlessly generate guidelines to be followed by predictive hypothesis and intervention with suicidal behavior. The emergency psychologist's training in in site assessment skills, in social skills, in active listening, in empathy establishment, in emotional management and containment or support, in negotiation strategies, etc. In summary, in emotional and cognitive connection skills, increases the probability of modifying the physiological and cognitive respondent, by varying these antecedents, the suicidal's operants will change in favour of life. I propose an actuation protocol in these cases.

Keywords: Suicide, Autolytic behaviour, Suicidal ideation, Suicidal operants, Autolysis, Functional analysis, Learning principles, Self-injurious behaviour, Emergencies, Emergency psychologist, GRIPDE.

**INTRODUCCIÓN.**

Recordar que en los últimos años las cifras de muerte por suicidio son más altas que las que se producen por accidentes de tráfico o que es una de las primeras causas de mortandad en los jóvenes nos sigue sorprendiendo. Estadísticamente se configura entre las primeras causas de muerte en el mundo. Como en cualquier conducta siempre hay que tener en cuenta las variables disposicionales del entorno y las del individuo que facilitan o probabilizan los comportamientos para poder describirla, hay multitud de variables que explican la ideación suicida, el intento o la consumación.

La historia de aprendizaje, los valores sociales del entorno, los problemas funcionales y/o estructurales, el condicionamiento de la interacción, el patrón de refuerzo prioritario, las habilidades, etc. la interacción de todos los factores convenientemente evaluados y el análisis funcional del segmento conductual nos explicaran cada caso, desde las motivaciones hasta el método elegido.

La actuación del Psicólogo emergentista con un sujeto que está intentado suicidarse es una de las situaciones más complejas y difíciles que puede encontrarse en una emergencia por las implicaciones que supone a nivel familiar, sanitario, legal, personal y profesional. El suicidio intencional es cualquier lesión autoinfligida o conducta deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. La OMS define acto suicida al hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión,

independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Si el acto de suicidarse dura un tiempo lo suficientemente dilatado para que los equipos de ayuda puedan personarse en el lugar donde permanece el sujeto, existirá mayor probabilidad de que el objetivo del sujeto ya no sea el de suicidarse, entre otros puede ser llamar la atención o un intento de manipulación, o que siendo el suicidio el primer objetivo, haya comenzado a dudar sobre su propósito.

Lógicamente existen tentativas suicidas que son actos sin resultado de muerte en las cuales un individuo, deliberadamente, se hace daño a sí mismo. En estas ocasiones, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas o casuales, hubiera terminado en la muerte. Son tentativas de autoeliminación o autolesión intencionada que conllevan la muerte no esperada del sujeto. Por tanto el suicidio accidental es el realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un procedimiento conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, esta no era deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.

Generalmente el Psicólogo del GRIPDE (Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias) es activado para manejar de un modo eficaz la amenaza suicida en el momento del intento. Normalmente se constata que el sujeto insinuó o afirmó verbalmente las intenciones suicidas ante personas estrechamente vinculadas a él, estas harán lo posible por impedirlo si la afirmación es contundente, pero estas verbalizaciones no siempre son explícitas o complejas, pueden ser meras

# prolepsis

expresiones como “es mejor morir, esto no vale la pena, para que molestar, para vivir así es mejor acabar, etc.”, lo que en caso de consumarse genera culpa en los allegados por no haber dado la importancia necesaria a estas afirmaciones.

## DATOS ESTADÍSTICOS.

En general en las estadísticas sobre el tema si existen diferencias muy significativas, muchas de ellas sin investigar. En los casos de suicidios consumados solamente podemos establecer hipótesis puesto que no es lo mismo dependiendo del método: ahorcamiento, precipitación, descarga eléctrica o mediante gas, etc. en estos casos existe conciencia, intención, conocimiento y se ponen los medios necesarios para lograrlo. No está tan claro con el método de ingestión de fármacos ya que cuando se salvan, en ocasiones por casualidad ya que les sorprenden, se puede sospechar que en otros casos y también por casualidad no son descubiertos y mueren. Por ejemplo personas que ingieren una gran cantidad de fármacos y esperan ser sorprendidas a una hora determinada porque calculan que el marido, la madre, el hermano o el novio tienen por costumbre llegar a una hora y ese día llegan más tarde, los fármacos actúan y la persona muere, siempre surge la duda sobre si la persona tenía realmente la intención de consumir o murió accidentalmente por error en el cálculo.

En algunos casos de ahorcamiento se sospecha que el sujeto simplemente estaba probando el método y perdió la consciencia por bloqueo de sangre al cerebro al presionar las arterias del cuello. Tampoco se sabe con certeza los

fallecimientos por suicidio, que aparentemente parecen accidentes de tráfico.

La realidad es que hay diferencias significativas en las conductas suicidas entre sexos, países, población rural y urbana, etc. sobre las que no tenemos más que hipótesis explicativas y algunas predictivas. Lo que sí está claro es que la disponibilidad y/o la oportunidad son variables muy relevantes en el método elegido.

Cuando se realizan entrevistas a familiares de personas que se han suicidado, estas buscan irremediamente “motivos”, si no tienen “razones contundentes”, encontrarán “pequeñas razones” para explicarse la acción y aliviarse o bien para culpabilizarse. En algunas estadísticas se consideran las revelaciones de las familias y amigos como argumentos, existe alta probabilidad de que los resultados estén sesgados.

Con las diferencias entre intentos reales y verbalizaciones previas se dan muchas variables extrañas que pueden alterar la significación estadística. No es lo mismo una secuencia de conducta en la que se verbaliza “no merece la pena vivir”, “es mejor desaparecer” o “cualquier día me quito del medio” y que tiene una función aliviadora temporal, que si tiene función discriminativa o amenazante, esto solamente lo conoce quien lo pronuncia. Existe datos de muchos de aquellos que se suicidaron y que habían realizado estas manifestaciones, pero no el porcentaje de los que lo expresaron y no lo hicieron. Aún así, por ejemplo, se sigue considerando que 9 de cada 10 personas previamente habían avisado de sus intenciones.

A continuación expongo algunos datos significativos:

Lo consuman el triple de varones (78,31%) que de mujeres (22,56%).

Dos de cada cinco suicidios son de personas de 15 a 29 años de edad  
No tenía trabajo casi el 30% de quienes se quitaron la vida.

La Organización Mundial de la Salud, calcula que para el año 2020 la cifra de fallecidos anual será de millón y medio, se supone que la OMS, al estimar estos datos, no considera que las variables disposicionales del entorno como economía, estructura social, política, etc. seguirán como en la actualidad.

El suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Cada año se suicida un millón de personas en el mundo y más de 20 millones lo intentan.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) supone un 1,8% del total de fallecimientos.

En algunos países es la segunda causa de muerte violenta en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44. El riesgo de que se intente repetir un suicidio fallido es elevado. Hasta un 40% de las personas que lo han intentado reinciden durante el siguiente mes.

Por países las tasas más altas de suicidio se dan en Hungría, Finlandia, Austria, Países del Este, Suiza, Alemania y Japón. Las más bajas se dan en España, Italia, Irlanda, Grecia, Egipto y Países Bajos.

En Europa mueren cada año 58.000 personas por suicidio, 7.000 más que por accidentes de tráfico. Se suicidan 9 personas día.

La mortalidad de 6,7/100.000 habitantes. Este problema alcanza especial dramatismo en los más jóvenes, donde el suicidio se convierte en la segunda causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres, entre los 15 y 24 años (Ceverino, Baca, Díaz, Zabala, García y Lozano, 2001).

Las personas que padecen enfermedades psiquiátricas tienen más riesgo de conductas suicidas consumadas. En 2.008 la provincia de Castilla y León en la que mas suicidios se consumaron por cada 100.000 habitantes es en Salamanca (12.12%) y donde menos en Palencia (2.88%). La diferencia es muy significativa y solamente se puede explicar por el efecto de las variables disposicionales del entorno en el sujeto. Las variables disposicionales están sin investigar y es imposible hacerlo ya que cuando los suicidas están plenamente decididos a ejecutar con intención y medios apenas quedan sobrevivientes para contarlos.

### ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Cada sujeto es un caso único, cada conducta se da en un tiempo y en un espacio irrepetible. Propongo algunos posibles análisis funcionales que no se deben generalizar. La interacción entre las variables disposicionales del sujeto y del entorno probabilizan la conducta y en cada caso se presentan diferentes condiciones, si bien es verdad que el mundo

# prolepsis

de las contingencias es caótico e impredecible, pero aún así es posible describir variables relevantes que explican el comportamiento.

Algunos estímulos externos de la vida cotidiana como dificultades económicas, despido laboral, duelo, infidelidad, conflictos sociales, divorcios, problemas físicos como enfermedades y/o dolor crónico etc. asociados a respondentes cognitivas con función discriminativa como pensamientos de ineficacia, incapacidad, ruina, culpa, etc. se encadenan o condicionan por la historia de aprendizaje a pensamientos con función amenazante como inviabilidad de soluciones, falta de alternativas, imposibilidad de escapar o evitar, etc. también a respondentes fisiológicas como ansiedad y angustia con alto grado de sufrimiento. En una primera fase y ante la falta de alternativas para afrontar, escapar o evitar las respondentes de la estimulación antecedente, el sujeto anticipa el suicidio como una operante capaz de evitar el sufrimiento. La estimulación consecuente encubierta tiene función aliviadora, es un alivio de la aversión (R-).

En la siguiente secuencia el sujeto emite operantes, pone en marcha el plan establecido y busca el lugar, el momento, el instrumento, etc. y se dispone a ejecutarlo. Si decide hacerlo en solitario (ahorcamiento, disparo, ingestión de fármacos, etc.) con alta probabilidad lo conseguirá sin que nadie pueda evitarlo por desconocimiento.

En otros casos decide hacerlo en un lugar público, (balcón, tejado, puente, etc.) si hay testigos y estos se percatan de

la situación llaman a los servicios de emergencia, la policía local, policía nacional, los grupos de rescate, ambulancias se movilizarán y, en cuestión de minutos acordonarán la zona, se agruparán los curiosos y posiblemente alguien se acordará que existen psicólogos especializados en el tema.

Antes de llegar el experto en conducta humana, ya se habrán hecho varios intentos con el sujeto para que desista. Hay que recordar que en todas las situaciones suicidas y por imprevistos, se puede producir el suicidio accidental, aquellos casos que el sujeto calcula mal y muere sin desearlo.

Las personas uniformadas como la policía local, la policía nacional, los grupos de rescate, ambulancias, cruz roja, además de grupos de curiosos añaden nuevos elementos a la estimulación antecedentes que se pueden configurar para el sujeto con función amenazante, disuasoria, discriminativa, etc.

Dependiendo de la función de estas variables disposicionales del entorno el sujeto ejecutará o desistirá.

Si da tiempo y llega el experto en conducta humana, el Psicólogo, intentará retirar toda la estimulación potencialmente amenazante o facilitadora del contexto que sea posible e iniciará la intervención.

El profesional es consciente que con sus habilidades deberá ser capaz de configurarse como un estímulo con diferentes funciones para el suicida, es decir tratará de "provocar" en el sujeto; tranquilidad,

seguridad, sensación de control, empatía, disminución de respondentes y cambios en sus operantes, este encadenamiento de conductas probabilizará la renuncia al suicidio.

En estos casos cuando el sujeto desiste del intento de suicidarse lo que cambia es que en la estimulación antecedente se han introducido otras variables relevantes que afectan a la funcionalidad de la secuencia, en ocasiones esa variable es el Psicólogo.

En ocasiones el suicida desiste porque anticipa alternativas y soluciones al problema mediante nuevos estímulos internos cognitivos producidos por la intervención psicológica. La estimulación consecuente es un alivio de la aversión (R-).

En otros casos disminuyen o se extinguen las respondentes fisiológicas, ya sea por fatiga, por habituación o por ventilación inducida por el profesional. La estimulación consecuente vuelve a ser (R-).

En situaciones suicidas, en las que no interviene el psicólogo, la estimulación antecedente cambia en sí misma, concretamente la estimulación externa, el proceso es el siguiente; el sujeto inicialmente tomó la decisión de suicidarse en casa, en el bar, en la oficina, en la calle, etc. Cuando realiza el intento está en otro lugar, balcón, cuadra de vacas, en casa con la escopeta, en la cama con ingesta de psicofármacos, etc. y este cambio en los antecedentes cambia la secuencia funcional.

Recordemos que la conducta es la interacción entre el organismo y el entorno y, por tanto, el cambio en la funcionalidad

del estímulo externo modifica las respondentes cognitivas y fisiológicas, (se piensa y se siente de otra forma distinta), la conducta será diferente y desistirá de sus planes autolíticos sin que nadie intervenga.

En aquellas persona que amenazan con suicidarse en público para reivindicar un derecho o llamar la atención sobre algún aspecto de su vida (R+) o manipular el entorno, pero que en realidad no quieren suicidarse, cuando consiguen la movilización de medios (policía, ambulancia, bomberos etc.) y se aseguran que aquellas personas a las que va dirigida su conducta, "su mensaje", se enteran del hecho, el refuerzo social que consiguen con ello es suficiente para detener su acción. Simplemente su objetivo era ese. El paradigma de conducta se mantiene por la función del refuerzo positivo obtenido, de ahí que estas personas en muchos casos vuelvan a repetir su acción, por la anticipación del R+.

En otros casos se añade un elemento nuevo, una respondente fisiológica más potente que tiene función prioritaria y amenazante, "el miedo a los elementos que integran la acción" (miedo a la altura, a la soga, al impacto, etc.) o a las consecuencias de la acción suicida (proceso doloroso, sufrimiento, desconocimiento, perder la vida etc.) En unos casos la función de estimulación consecuente es la anticipación de Castigo positivo (C+), en otros como desistir de morir tiene función de Castigo negativo (C-). Cada caso es único.

Cuando existen delirios, alucinaciones, disociaciones o alteraciones de la conciencia por fármacos o por enfermedad

# prolepsis

mental, la propia "alteración de la conciencia", la pérdida de la realidad, la confusión o la falta de anticipación de las consecuencias probabilizará el objetivo del suicidio ya que el sujeto tendrá serias dificultades para conectar con la realidad.

En todos los casos lo importante es que el psicólogo mediante su lenguaje verbal, no verbal y paralingüístico modifique la función de las variables relevantes de la estimulación antecedente externa, las respondentes cognitivas y fisiológicas o bien su funcionalidad. Más adelante estudiaremos los diferentes métodos para intentar el fin propuesto.

## PERFILES.

En este caso hago referencia a perfiles de frecuencia estadística. También algunos perfiles concretos de trastornos asociados, aunque en este último caso son de dudosa veracidad. En los suicidios consumados, es obvio, que no se pueden utilizar para investigar los modelos biosociales o multifactoriales.

### Suicidios consumados.

Hombres mayores de 50 años.  
 Jóvenes menores de 24 años.  
 Bajo control de impulsos.  
 Motivación sociolaboral o afectivas  
 Asociado a trastornos y/o enfermedades físicas.  
 Ahorcamiento o precipitación.  
 Desempleados o jubilados.

### Tentativas de suicidio.

Mujeres menores de 30 años.  
 Pobre control de impulsos.  
 Motivación afectiva y manipulativas.  
 Problemas psicológicos.

Con tratamiento farmacológico.  
 Normalmente han comunicado la amenaza.  
 Varios intentos a lo largo de su vida.  
 Con conflictos interpersonales.  
 Con problemas de adaptación.  
 Mediante ingestión de fármacos.  
 Amas de casa.

## VARIABLES DISPOSICIONALES Y SUICIDIO.

Existen alteraciones funcionales del sujeto que están más relacionadas con la conducta suicida. Hay un acuerdo generalizado en que los pacientes con problemas psiquiátricos tienen un porcentaje significativamente mayor de autolesionarse, de intentar suicidios y de consumarlos, que los que no tienen este tipo de problemas.

Como generalmente este tipo de trastornos conlleva el consumo de antipsicóticos, ansiolíticos y/o antidepresivos, también existe una relación paralela entre suicidio y consumo de fármacos.

Algunas investigaciones apuntaban relación entre la ingesta de antidepresivos y aumento de suicidios, se llegó a afirmar que potabilizaban los riesgos de suicidio más que otros fármacos. Los intereses económicos de las farmacéuticas propician estudios más amplios en contra de estas hipótesis, incluso se acusa a estas empresas de promover el consumo de pastillas para cada día, en vez de la utilización de sustancias con ingesta única que podrían ser más efectivas pero económicamente menos rentables. Varias empresas farmacéuticas cotizan en bolsa, otras tienen en nómina directivos de la OMS, que son los que aconsejan

tratamientos y manejan datos reales sobre enfermedades mentales, incluso colaboran en el estudio de los trastornos descritos en el Manual Diagnóstico DSM en sus sucesivas ediciones. Curiosamente asociaciones psiquiátricas y consejeros del DSM-IV R están en nómina de estas empresas.

El consumo de sustancias ilegales, heroína, cocaína, cannabis y en general las drogodependencias también tienen relación ya que facilitan episodios de intoxicación, abstinencia y dependencia que probabilizan conductas autolíticas por la alteración de la conciencia, la pérdida de la realidad o la dificultad de controlar los impulsos.

Todos los profesionales relacionados con el área de la conducta humana conocen la relación entre suicidio y el trastorno límite de personalidad.

La esquizofrenia, los trastornos delirantes, los trastornos distímicos, las habilidades básicas, etc. Las alteraciones estructurales como enfermedades agudas o crónicas y el dolor son también variables disposicionales del individuo que probabilizan la conducta suicida. Los trastornos de personalidad, los episodios y estados disociativos, las pérdidas personales o materiales y la soledad contribuyen como factores de vulnerabilidad en la ideación suicida. La falta de habilidades básicas como resolución de problemas, habilidades sociales, dificultad en el manejo de pensamientos son predictores de riesgo.

Las variables disposicionales del entorno como contexto rural o urbano, valores sociales, entorno sociolaboral, proble-

mas psicosociales y ambientales, son variables a tener en cuenta para profundizar en el estudio de cada caso.

En el entorno rural el método más elegido es el ahorcamiento o el envenenamiento por productos fitosanitarios, en el urbano la precipitación desde lugares altos como balcón o terraza. La disponibilidad de medios en el contexto cercano son los que probabilizan el método elegido. Tampoco está claro por falta de información el número de accidentes de tráfico, atropellos, caídas al vacío, aceptados como accidentes y que en el fondo son suicidios.

#### MITOS SOBRE EL SUICIDIO.

Las leyendas urbanas como los mitos son afirmaciones no probadas, realizadas por personas ajenas al conocimiento científico. Se dan por válidas en la población general. Se sustentan en generalizaciones o simplificaciones de la experiencia propia o ajena. Son "leyendas urbanas". Si estas afirmaciones colectivas no se filtran convenientemente se pueden integrar en el conocimiento y darlas por válidas. A continuación señalo algunas de las más extendidas.

**Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo. Hechos:** De cada 10 personas que se suicidan, 9 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas, la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

**Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo llamar la atención. Hechos:** Son personas a las cuales les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.

# prolepsis

**Si de verdad se hubiera querido matar, habría utilizado un método más agresivo. Hechos:** Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. La elección del método dependerá de la disponibilidad.

**Todo el que se suicida estaba deprimido. Hechos:** Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste.

**Todo el que se suicida es un enfermo mental. Hechos:** Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.

**El suicidio se hereda. Hechos:** No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. Puede intervenir el aprendizaje vicario.

**El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulsos. Hechos:** Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en la constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas y reservándola para sí mismo.

**Al hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo se le puede incitar a que lo realice. Hechos:** Está demostrado que hablar sobre el

suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en él esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que se le ofrezca para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

**Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer. Hechos:** Muchos suicidas expresan con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que va a ocurrir.

**El suicida desea morir. Hechos:** El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.

**El que intenta el suicidio es un cobarde o un valiente. Hechos:** Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.

**Si se reta a un suicida no se matará. Hechos:** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestrucción.

**Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. Criterio científico.** Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema.

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA.

### Fase previa: Antes de iniciar la intervención con el sujeto.

Como en toda intervención psicológica es imprescindible seguir la máxima "sin evaluar ni podemos ni debemos intervenir" y por tanto, debemos recabar toda la información disponible con familiares, intervinientes, testigos, etc. sobre:

*La hora de inicio de la amenaza*, el tiempo siempre corre a nuestro favor ya que el sujeto se cansa, ventila, puede reconsiderar su conducta, etc.

*Antecedentes psiquiátricos o ingestión de sustancias*, la intoxicación o el abuso son variables disposicionales.

*Hipótesis sobre las motivaciones*, problemas de pareja, económicos, etc.

*Antecedentes del hecho*, discusiones previas, conflictos, despido, etc.

*Datos biográficos del sujeto*: edad, estudios, trabajo, estado civil, hijos, etc. todos estos datos nos pueden servir para la fase de afrontamiento.

*Recursos materiales del sujeto* para quitarse la vida; armas de fuego, arma blanca, gas ciudad, etc.

### Fase de afrontamiento: En presencia del sujeto suicida.

#### Evaluar la presencia física del sujeto.

A continuación voy a señalar aspectos importantes del sujeto con algunos ejemplos, pero estos son generalizaciones, simplificaciones o acercamientos

hipotéticos del caso, nunca perfiles o patrones de conducta que permitan establecer relaciones causales. El estado de nutrición por exceso o defecto, pueden indicar enfermedad física. El grado de higiene y aseo personal, las uñas cortadas o descuidadas son indicios del nivel de abandono. Las ojeras o pelo despeinado señalan falta de sueño o que ha estado tumbado en lugar inapropiado.

#### Complementos de apariencia física.

Es importante valorar desde la forma de vestir hasta los accesorios, cada uno de los elementos nos aportan datos que podemos utilizar. Cordones de zapatos desabrochados pueden indicar cansancio. Pantalones y camisa arrugados horas de espera, el tipo de ropa (chándal, abrigo, en mangas de camisa), son datos de la acomodación al tiempo, a la estación del año, en general estos son elementos indicativos del grado de adaptación al medio. Si la ropa es de marca o no, está conjuntada en el color, tejido, clase, etc, esto nos permite valorar aspectos del sujeto como pulcritud, orden, nivel económico, estatus social, etc. En todo caso se puede utilizar como tema de conversación intrascendente.

La combinación de colores muy llamativos se da en personas más descuidadas o que quieren llamar la atención, etc.

#### Evaluar el lenguaje no verbal.

La anestesia emocional o falta de transmisión de emociones, puede indicar ingesta de fármacos ansiolíticos. Los movimientos o gestos bruscos, la agitación indica hipervigilancia, ataque-defensa, ingesta de cocaína o síndrome

# prolepsis

de abstinencia. La postura, la disposición de los miembros inferiores o superiores, los movimientos lentos indican posible estado distímico. Los movimientos automáticos pueden indicarnos fases obsesivas, etc. La mirada perdida puede indicarnos también ingestión de fármacos.

### Evaluar elementos paralingüísticos.

Exceso o defecto en el volumen, tono, cadencia, pausas, voz clara o ronca. Cada uno de estos elementos indica diferentes estados de ánimo y estados de conciencia. En general la aceleración de estos elementos revela que el sujeto está activado. La desaceleración es un indicio de angustia y de pero pronóstico.

### Evaluar indicadores psicofisiológicos.

Hiperventilación, suspiros, temblores, sudoración, etc. son predictores de conductas. Reexperimentación, son cambios bruscos en sus respondentes que ocurren durante el estrés agudo o postraumático, también en los estados disociativos, son señales de situaciones traumáticas antecedentes.

La cara pálida o sonrojada, sudoración, las manos hinchadas, etc. todos estos indicadores sirven para generar hipótesis y trabajar sobre ellas con el sujeto.

En último caso valorar la posibilidad de la contención física (sujetarle, tumbarle), no se recomienda ni es una competencia de los psicólogos.

### Evaluar los contenidos verbales.

*Ideas Intrusivas y recurrentes.* El sujeto puede repetir las verbalizaciones de los pensamientos e imágenes relacionados con una situación anterior, son ideas

rumiantes que el sujeto utiliza para resignificar síntomas e intentar que sus respondentes integren una situación traumática previa. Hay que intentar que ventile emocionalmente.

*Confusiones.* Las confusiones se producen cuando el sujeto está bajo los efectos del estrés o abuso de psicofármacos o drogas ilegales, junto con otros síntomas puede deberse a un proceso delirante, alucinatorio o psicótico. En estos casos se debe intentar valorar los antecedentes previos al intento de suicidio.

*Orientación temporo-espacial.* El sujeto puede estar desorientado en estas variables, el psicólogo intentará que tome contacto objetivo con estos vectores, tratando que se centre en el "aquí y ahora".

*Ideaciones.* Son pensamientos circulares, el psicólogo debe intentar distanciar al sujeto del hecho que las produce o que tome contacto con la realidad, también utilizar la contraargumentación.

*Ideas delirantes.* Son verbalizaciones de pensamientos fuera de la realidad o altamente distorsionados, pero basado o apoyados en pequeños elementos reales, son síntomas de un proceso psicótico, de disociación, de la abstinencia alcohólica o de la ingesta de psicótropos, abuso de sustancias y también de la interrupción brusca de un tratamiento psiquiátrico. Tiene mal pronóstico. El psicólogo debe alargar el tiempo de intervención para propiciar la fatiga del sujeto. También intentando la contención poniendo límites, en los casos agudos las probabilidades disuasorias disminuyen.

*Alucinaciones.* El sujeto percibe sensorialmente estímulos inexistentes. Como en los delirios, la actuación del profesional irá en el mismo sentido.

*Índice de realidad.* Hace referencia a la capacidad del sujeto para contextualizar su experiencia en un marco objetivo. Es bajo cuando el área emocional perturba gravemente el criterio racional. El psicólogo tendrá como objetivo que el sujeto tome contacto con la realidad. Ira demandando datos objetivos sobre la vida del sujeto.

*Discurso cognitivo.* Puede ser ordenado o desordenado, en el segundo caso el psicólogo tratará durante el proceso que el sujeto lo ordene.

*Verborrea.* Hace referencia a un ritmo exagerado de contenido verbal y de contenidos dispares desordenados, se produce en algunos estados previos al brote psicótico, también en las fases eufóricas de los trastornos bipolares. La empatía, la hipoactivación mediante los elementos de comunicación y el "tomarse" el tiempo necesario, son las mejores armas que puede utilizar el psicólogo.

*Coherencia cognitivo emocional.* Hace referencia a si el sujeto acomoda el discurso cognitivo con su correspondiente expresión emocional. Cuando existe mucha diferencia tiene peor pronóstico. El psicólogo intentará integrar los dos niveles de comportamiento disociados.

*Nivel de empatía.* Nos dará indicios sobre el pronóstico, tiene mal pronóstico el defecto, es decir que el sujeto no establezca empatía. En caso contrario, es una varia-

ble que juega a favor de la eficacia de la intervención. La empatía es un buen predictor. El psicólogo deberá saber manejarla sin perder el argumento de autoridad.

*Expresión emocional* (perturbaciones agudas, moderadas, leves). Son respondentes exacerbadas. Si consideramos que son debidos a estados de ansiedad como crisis de angustia o ataques de pánico, el manejo del lenguaje no verbal y paralingüístico puede ser eficaz para desactivar.

*Reconstrucción de los hechos,* está relacionado con la percepción de continuidad temporal. Indagar sobre los antecedentes anteriores a la ideación suicida lo podemos emplear para valorar la capacidad de reconstruir ordenadamente o no el relato. El desorden puede ser debido a varias causas, desde un proceso de demencia hasta una perturbación transitoria. En todos los casos tratar de ordenar los acontecimientos puede dar sensación de control al sujeto, esto mejorará el pronóstico.

*Hipervigilancia.* Es una variable que también se detecta con las verbalizaciones y el lenguaje no verbal que presenta el sujeto. El psicólogo intentará que se sienta seguro eliminando la presencia de estímulos internos (pensamientos) y externos con función amenazante.

*Evaluaciones sobre sí mismo y verbalizaciones, también atribuciones internas al suceso.* El sujeto puede verbalizar pensamientos o ideas de minusvaloración, culpabilidad, negación, ineficacia, ruina etc. mediante la argumentación y la exposición a pensamientos alternativos disminuirá la probabilidad de emisión de la operante suicida.

# prolepsis

*Valores culturales y derechos.* En ocasiones darle la información de los derechos de defensa, económicos, laborales, judiciales, familiares, etc. ayudan al suicida a reconsiderar su propósito. También determinados valores culturales como la infidelidad, la falta de trabajo, la orientación sexual, etc. motivan a las personas a realizar actos suicidas. La argumentación, las estrategias de afrontamiento y la negociación serán el objetivo del psicólogo.

*Hábito psicomotor.* Puede ser colaborador, defensivo, de ataque, lento o pausado. El abuso de cocaína puede producir episodios paranoides con agitación, el abuso de ansiolíticos hábito psicomotor lento. En todos los casos el psicólogo deberá tomar el control de la situación y, poco a poco, ir marcando los tiempos, con sus gestos, sus posturas y su lenguaje verbal.

*Orientación temporo-espacial.* Este apartado es muy relevante y fácil de detectar a través de preguntas simples. En la demencia, el Alzheimer y en general cuando existe un deterioro de las funciones cognitivas, el sujeto no tiene claro dónde está, ni la hora o el día en que se encuentra. El profesional utilizará estrategias de toma de contacto con la realidad, por ejemplo mediante pruebas de realidad horaria o utilizando elementos del entorno.

*Manifestaciones de Temor/ miedo/pánico.* Ante este tipo de verbalizaciones el psicólogo se centrará en conseguir que el sujeto vaya recuperando progresivamente el control de la situación, que se vaya sintiendo seguro por aproximaciones sucesivas. Si lo acepta intentará marcar ritmos en la respi-

ración, también con pruebas de realidad. Además podemos utilizar técnicas derivadas del condicionamiento encubierto del tipo "imagina que"..... si esto ocurriera como te sentirías?, etc.

## INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO ANTE UN SUICIDA.

La metodología que indico a continuación debe ser utilizada por una persona entrenada, con habilidades y recursos psicológicos. La evaluación del sujeto en cada fase permitirá diseñar la siguiente. Nunca la relación causal del suicidio debe ser atribuida a la intervención del psicólogo. Las auténticas variables relevantes están en la historia de aprendizaje, sobre todo en el condicionamiento de la interacción del sujeto, cuando el suicida toma la decisión y no se producen cambios relevantes en su entorno es solamente cuestión de tiempo que cumpla la amenaza.

*Presentación:* Exponer el nombre y la profesión a la mayor distancia pero suficiente para tener contacto visual y auditivo con el sujeto. El psicólogo debe presentarse como un profesional y manifestar que está en esa situación para ofrecer la ayuda que se le demande.

*Acercamiento progresivo:* Debe hacerse con aproximaciones sucesivas y siempre pidiendo permiso para ello, anticipando, avisando y describiendo cada uno de los movimientos que realice, reforzando el consentimiento verbalmente o mediante gestos (gracias, vale, de acuerdo, muy bien, asentimiento, sonrisa). Hay que tener en cuenta que el acercamiento debe ser lento y pausado ya que los

movimientos o acciones bruscas pueden alterar al sujeto. Inicialmente el acercamiento se detendrá cuando el psicólogo esté seguro que las señales de emisor y receptor son captadas.

*Utilizar apoyos del entorno para la aproximación:* Parece y es natural utilizar elementos propios o del entorno para realizar el acercamiento (silla, mesa, cigarro, bebida, teléfono, pared,) siempre para intentar acercarnos lo suficiente para poder establecer el rol correspondientes de emisor y receptor.

*Acercamiento psicológico:* Hay que intentar combinar la aproximación física con la psicológica mediante la conexión empática sucesiva y la escucha activa, todo ello lentamente ya que intentar convencerle de forma inmediata propicia el fracaso.

En esta fase los objetivos principales son que el sujeto:

*Ventile emociones y sentimientos.* Es conveniente y adaptativo que verbalice y etiquete el contenido de sus sensaciones; ira, frustración, culpabilidad, miedo, angustia, ansiedad, frustración etc. incluso le podemos preguntar directamente que es lo que siente o que emoción tiene.

*Localice sensaciones en su cuerpo.* Saber que alteraciones o que cambios en sus respondentes le acompañan, las más habituales son opresión en pecho, taquicardia, ahogo, tensión muscular, etc. Esto ayudará a tomar contacto con la realidad, Para llegar a este conocimiento le podemos preguntar directamente donde lo siente.

*Expresa pensamientos sobre la propia situación y sobre sus sentimientos, para*

que pueda distanciarse de sí mismo y observarse en su propio proceso.

*Verbalice* también sus preocupaciones, aquellos conflictos que le han llevado a la situación suicida, es decir los estímulos externos y su función, le servirá para ventilar y a nosotros nos servirá de gran ayuda para intentar negociar alternativas.

El profesional en todo el proceso seguirá las pautas establecidas en cualquier intervención psicológica:

*Respeto* a todo aquello que diga y sienta el sujeto. Hay que tener siempre presente que las funciones de estímulo son diferentes para cada sujeto y condicionadas por su historia de aprendizaje, no existe problema pequeño para quien lo vive intensamente.

*Legitimación* de sus verbalizaciones y emociones. Si lo siente de un modo determinado, para él es cierto. Cuando una persona siente emociones, estas no se pueden discutir ya que es el propio sujeto quien las padece. Incluso es legítimo que una persona decida suicidarse, es su vida la que está en juego, el problema que debemos resolver es si las razones que alega están contaminadas por enfermedad mental, por conflictos o por sustancias tóxicas, etc.

*Normalización* de los contenidos verbales del sujeto, este apartado hace referencia a que el sujeto está respondiendo según lo esperado en su situación, respuesta normal ante una situación anormal. Es muy importante no cuestionarle, tampoco culpabilizarle o sobreprotegerle.

# prolepsis

*Proceso empático* que consistirá en contagiarse emocionalmente (el psicólogo imitará pequeños gestos verbales y posturales) y aprobará sus reacciones con excepción de la acción suicida. En estos casos el lenguaje no verbal y paralingüístico es más importante que el verbal puesto que el sujeto confuso y desbordado por sus emociones tendrá dificultades en el procesamiento lingüístico. En todo este proceso ayudará:

*Utilizar la conversación intrascendente:* primero con elementos del entorno, posteriormente con elementos personales del sujeto como su presencia física, su profesión, etc.

*Obtener todas las palabras clave:* son elementos significativos del contenido verbal, sirven y son apoyos para continuar y retomar la conversación.

Poco a poco el profesional introducirá *preguntas abiertas*, el psicólogo también puede exponer opiniones personales que establezcan conexiones afectivas.

Seguidamente añadirá *preguntas cerradas* utilizando frases cortas y concretas para indagar sobre sus emociones, localización corporal de las mismas y pensamientos que lo acompañan.

Es de gran ayuda utilizar *elementos típicos* de comunicación como paráfrasis, circunloquios, devolver pregunta, resumir, técnica del sándwich, interrogación negativa, petición de conductas, operativización, etc.

Cuando el sujeto vaya permitiendo el acercamiento psicológico se podrá

comenzar a buscar los motivos que le han llevado a esta situación. El psicólogo seguirá controlando todas las estrategias de la escucha activa para conectar con el sujeto, reforzando sus aportaciones con señales de receptor. Es más importante saber escucharle que hablar.

Se deben utilizar los *silencios* y respetar los suyos como parte de la comunicación adecuada. El profesional psicólogo debe estar entrenado en habilidades sociales y un aspecto importante es ser capaz de soportar los silencios del interlocutor.

Cada persona y dependiendo de la situación tiene un ritmo individual que hay que respetar. No existe ninguna prisa en modificar su conducta, el tiempo "corre" a favor del profesional.

La deformación profesional del psicólogo le lleva a intentar dar consejos, prescripciones y sugerencias inmediatas cuando su interlocutor le está hablando de un problema y realiza una pausa. Es especialmente importante en la intervención con suicidas seguir el protocolo. En todo el proceso es necesario que el profesional se muestre empático y seguro y cuando el sujeto le "dé la oportunidad" devolverle señales de comunicación que propicie la *sensación de control*.

*Acercamiento psicológico al hecho suicida:* Cuando el sujeto ponga en evidencia su situación suicida y solamente en este momento, el psicólogo debe aprovechar para ser emisor y dar diferentes versiones adaptativas de su situación. En esta fase hay que tener mucha cautela, hablar lento, con frases cortas e ir observando si

las reacciones del sujeto confirman que escucha de forma adaptativa. Existen algunos recursos como trabajar con que el suicidio no es una elección y que sucede cuando el sufrimiento anula o distorsiona la percepción que se hace de los recursos necesarios para buscar alternativas al problema. Aunque se constate un trastorno, en este momento no se debe hacer alusión a enfermedades mentales.

Otro recurso hace referencia a que también existen salidas a situaciones muy problemáticas, pero que en determinados momentos no se ven. Si va aceptando las afirmaciones, se pondrán ejemplos de la vida, que no tengan nada que ver con su problema actual: el disgusto que supone dejarse las llaves dentro de la casa, el pinchazo de una rueda del coche en un viaje nocturno, llegar tarde a una cita, etc. y que recuerde el disgusto inicial que supuso y como poco después estaba solucionado y se procesaba de un modo diferente. En definitiva intentaremos con estos recursos que salga del contexto y que se aleje de su estado emocional y perceptivo e imagine situaciones ajenas para probabilizar la generalización y transferencia de toma de contacto con las soluciones.

*Técnicas de argumentación.* Ante afirmaciones o creencias desadaptativas o irracionales por parte del suicida, como que "la vida no merece la pena" o que "es una mala persona" o que "no le van a perdonar" o que "todo seguirá igual", valoraremos el tipo según las diferentes clasificaciones. Evaluaremos si son anticipaciones negativas, sobregeneralizaciones, palabras no operativas, pensamientos de

ruina, primeras personas, relaciones erróneas de causalidad etc. y aplicaremos los diferentes métodos argumentales para contenerlas o reducirlas al absurdo.

Una de estas técnicas (operativizar) es tratar de que el sujeto reduzca la percepción de alta frecuencia de acontecimientos negativos. Se consigue con preguntas como ¿cuántas veces? o ¿en cuantas ocasiones? En las anticipaciones negativas o las relaciones de causalidad se puede utilizar el argumento socrático, la reducción al absurdo etc.

Un aspecto importante de las relaciones de causalidad es que normalmente la premisa mayor (suicidarse) se condiciona a premisas menores (antecedentes), observaremos como premisas menores verdaderas o dudosas son utilizadas como pretexto para justificar premisas mayores falsas o dudosas, de tal manera que la conclusión general parece cierta. El argumento socrático es un recurso útil que ayudará al profesional a manejar la situación.

En ocasiones el sujeto utiliza la primera persona, lo que piensa, supone o imagina como un argumento objetivo, el profesional tratará que el sujeto reflexione sobre otras situaciones de su vida en las cuales la experiencia, los hechos reales no coincidieron con lo subjetivo o imaginado, etc.

Estas técnicas no deben utilizarse de forma directiva como en una consulta, más bien de manera poco inquisitiva, "con guante blanco", para intentar conseguir acuerdos parciales e ir dando al sujeto sensación de control.

# prolepsis

En todo caso no utilizar las típicas frases hechas como tranquilo, todo tiene solución, piensa en tus hijos, no hagas locuras, etc. Tampoco dar consejos, recetas o prescripciones vulgares.

En todo este proceso trataremos que el sujeto intente buscar pequeños objetivos a corto plazo que le ayuden a salir del "túnel emocional".

En algunos casos podemos sugerirle pequeñas estrategias alternativas. Esto reviste peligros porque el sujeto puede haberlas desechado de antemano.

A la mínima señal de contrariedad, el profesional tratará de volver a la situación de receptor.

## FINAL DE LA EMERGENCIA.

En cada ocasión que lo permita el Psicólogo intentará que busque razones para vivir como alternativa a razones para morir, si va mostrando acuerdos se le reforzará por ello. En estos casos los estímulos verbales y gestuales solamente tendrán función reforzadora o gratificante cuando se instaura una relación empática entre el sujeto suicida y el profesional, o bien cuando se establece una jerarquía de argumento de autoridad a favor del psicólogo, por ello el orden de las diferentes fases de la intervención deben ser respetadas. Las prescripciones tienen muchas más probabilidades de ser acatadas cuando quien las otorga tiene argumento de autoridad sobre quien las recibe.

A estas alturas de la intervención, después de seguir el largo proceso descrito anteriormente, es muy posible que el

sujeto decida desistir voluntariamente de su intento autolítico, o quizás el profesional valora que los objetivos propuestos están conseguidos, pero solamente cuando se constaten varios de los siguientes segmentos conductuales y cuantos más mejor, será el momento de proponerle salir de la situación potencialmente peligrosa (dejar el arma, separarse de la ventana, alejarse del alero del tejado, bajarse del puente, etc.).

El psicólogo puede intentar que el suicida desista de su intención cuando se dan algunos de los comportamientos que enunciaré a continuación. Lo expuesto a continuación solamente son hipótesis ya que, a pesar de todo, si el suicida tiene su decisión tomada de poco servirán las hipótesis predictivas.

Si el sujeto consuma el acto suicida las hipótesis explicativas pueden ser varias, pero el auténtico análisis funcional solamente se podría realizar mediante la valoración psicológica del sujeto si desiste y le podemos evaluar.

Considero que el propio sujeto debe ser quien verbalice que renuncia al intento de suicidio, pero a continuación señalo algunos indicadores que pueden facilitar la toma de decisiones del profesional para dar por finalizada la intervención e intentar que el sujeto abandone el intento.

En definitiva hay que estar atentos a los cambios en la estimulación antecedente. La presencia del psicólogo y sus habilidades en la comunicación, en la práctica, es un estímulo nuevo que añadirá valencia a la estimulación previa que tenía el sui-

cida. El profesional tendrá que intentar cambiar la funcionalidad antecedente del sujeto a favor del abandono de la acción, ante este cambio el sujeto emitirá nuevas operantes que son las que debe observar el profesional para sugerirle conservar la vida.

Hay que tener mucho cuidado ya que *los cambios del sujeto pueden ser solamente formales como habilidad para adaptarse a la situación y no cambios en la funcionalidad con respecto a sus intenciones autoleivas*. El suicida puede cambiar sus operantes simplemente porque el psicólogo le “cae bien” o porque el suicida es educado o tímido, pero la funcionalidad de la estimulación antecedente sigue teniendo función amenazante o facilitadora del suicidio. El sujeto puede seleccionar y cambiar sus respondentes y operantes ante el psicólogo, pero no ante el resto del contexto.

El profesional en conducta humana puede manipular y enseñar al sujeto a comportarse discriminativamente diferente con él, pero no conseguir ningún cambio con respecto al resto del contexto. El patrón de refuerzo prioritario seguirá siendo acabar con su vida. Propongo algunos indicadores que pueden servirnos como “indicios relativos” para ir dando por terminada la intervención.

*Modificaciones Kinesiológicas.* Cuando después del proceso descrito anteriormente, cambia su posición en relación al contexto potencialmente amenazante. Disminuyen o cambian las posiciones corporales de amenaza, (se aleja de la ventana, cambia su posición frontal a lateral en el puente o en la grúa, etc.)

*Modificaciones de señales no verbales.*  
Cambios en sus gestos, (relaja cejas, mandíbulas, cambia la mirada fija, sonríe, etc.)  
Muestra asentimientos a los aspectos positivos propuestos por el psicólogo.  
Muestra señales de arrepentimiento.  
Emite señales de disculpa (eleva cejas, eleva hombros, eleva brazos, extiende los labios lateralmente, etc.).

*Modificaciones en el discurso verbal.*  
Cuando disminuye la verborrea.  
Disminuyen los silencios.  
Ordena el discurso verbal.  
Se centra en la conversación de manera lógica.  
Acepta la contraargumentación  
Expone más argumentos para vivir.  
Se han negociado acuerdos parciales o totales.  
Realiza proyecciones al futuro.  
Realiza autocrítica constructiva.

*Modificaciones de señales paralingüísticas.*  
Cambios consecuentes en el tono.  
En el volumen.  
En la cadencia.  
En la velocidad del habla, etc.

*Modificaciones psicofisiológicas.*  
Cuando el sujeto disminuye la activación de señales como sudoración, temblor, tics, etc.  
Ha ventilado emociones.  
Disminuye su activación psicomotora.  
Manifiesta sentirse mejor o aliviado de sus síntomas.  
Cuando expresa señales de fatiga.

*Modificaciones cognitivas.*  
Cuando toma contacto con la realidad.  
Duda de sus razones.

# prolepsis

Se replantea sus argumentos.  
 Establece un orden cronológico de los hechos.  
 Disminuyen sus delirios o sus alucinaciones.  
 Se orienta en espacio tiempo.  
 Disminuye la culpabilidad.

## *Modificación de las operantes.*

Si cambia o disminuye su conducta potencialmente peligrosa (suelta el arma, el cuchillo, deja de mirar fijamente el vacío).  
 Si se aleja de la situación peligrosa.  
 Emite acciones diferentes a las antecedentes.  
 Es capaz de generar alternativas adaptativas a su conflicto.

## *Modificaciones en su patrón defensivo.*

Cuando comienza a colaborar con las indicaciones del profesional.  
 Cambia su patrón de defensivo a dependiente.  
 Deja el control de la situación al psicólogo.

## *Modificaciones en el establecimiento de empatía.*

Emite constantes señales de relación empática.  
 Limita con señales emocionales al interviniente psicólogo.  
 Utiliza elementos paralingüísticos vicariamente.  
 Nos da la razón.  
 Cuando nos otorga el argumento de autoridad.

## **INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CON LA FAMILIA Y ALLEGADOS PRESENTES EN EL INTENTO.**

Solamente si lo pide o con su permiso intentaremos involucrar presencial-

mente en la situación a miembros de su familia o amigos cercanos, pero después de evaluar la situación ya que, en ocasiones su presencia, si son parte del problema antecedente, precipitarán la conducta operante autolítica.

Generalmente los estímulos externos elicitán respuestas de más alta intensidad, frecuencia y duración que los eventos privados.

Si son parte del problema o lo ignoramos, la familia será retirada del campo visual y auditivo mutuo para eliminar su función amenazante o discriminativa. Se buscará un lugar tranquilo e íntimo y alejado del lugar. Otro psicólogo será el encargado del acompañamiento y pondrá en marcha las estrategias de ventilación, contención y manejo emocional que se utilizan en los primeros auxilios psicológicos. Si es posible tratará de conseguir datos relevantes de las motivaciones del suicida que hará llegar, si es posible, al profesional que realiza la intervención directa.

## **INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CON LOS CURIOSOS.**

Hace referencia a testigos circunstanciales, viandantes, periodistas, etc. que están en el entorno de la situación suicida. El sujeto puede sentirse reforzado socialmente (R+ o R-) y cumplir su amenaza.

Existe un acuerdo generalizado que es muy negativo para el sujeto suicida tener testigos de su conducta ya que probabilizan la consumación por su función amenazante, discriminativa, reforzante, etc. ante la duda y a falta de análisis funcional de conducta es mejor no experimentar ya que es posible que solamente

se pueda hacer un ensayo de conducta y el resultado sea fatal.

Las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado son conscientes de ello y ante la petición alejaron a los curiosos, tenemos numerosos ejemplos a favor de esta afirmación si está presente el Psicólogo.

### **INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CON LOS INTERVINIENTES PRESENTES.**

La policía local, nacional, guardia civil, bomberos y grupos de rescate pueden tener diferentes funciones pero generalmente probabilizan que el sujeto se sienta amenazado y busque el alivio de la aversión (R-). Los elementos con función amenazante o discriminativa son los uniformes, las armas, cascos, señales identificativas, grúas, sirenas, focos, etc. también que cuando intervienen generalmente lo hacen en grupo, lo que reduce la privacidad y la posible relación empáticas.

Es importante que, tanto si se espera al Psicólogo como si no se le ha llamado, intervenga con el suicida una sola persona interviniente y con los menos elementos identificativos, también puede estar presente, pero sin intervenir y en un segundo plano, otro psicólogo o interviniente observando la situación.

### **CONCLUSIONES.**

A lo largo de este artículo he tratado de repasar algunos aspectos relevantes de la conducta suicida y un posible protocolo de evaluación e intervención.

Consideramos que la conducta es interacción entre el individuo y el entorno y que la historia de aprendizaje y el condi-

cionamiento de la interacción configuran las diferentes funciones que el entorno tiene para el sujeto. Las variables disposicionales del entorno y del individuo probabilizan las conductas y estas se mantienen por sus consecuencias.

Las personas aprenden una serie de habilidades para adaptarse a las diferentes situaciones. Cuando la interacción produce un alto nivel de sufrimiento (C+ y/o C-) y fallan o no se encuentran mecanismos de evitación y escape, el sujeto puede pensar en la alternativa suicida como método para aliviarse (R-) o como forma de castigo (C+) contra los que considera responsables de su sufrimiento o contra sí mismo. Cuando un sujeto anticipa el suicidio y lo asocia con la finalización del sufrimiento y con el alivio de sus respondentes fisiológicas y cesan las operantes de solución de problemas, le sobreviene una cierta tranquilidad que facilita la preparación del suicidio y en muchos casos se consuma si el sujeto decide realizarlo en solitario.

En otros casos el suicida bien porque decide hacerlo en público, bien porque es sorprendido, duda durante un tiempo, en este caso si el psicólogo interviene debe seguir un protocolo de actuación que probabilizará el abandono del objetivo suicida.

He realizado una pequeña exposición y he justificado la necesaria utilización de los principios de aprendizaje como método de evaluación y el análisis funcional para obtener las máximas variables relevantes y poder establecer una serie de hipótesis explicativas de cada caso que inexorablemente generará los

# prolepsis

principios que debe seguir la hipótesis predictiva y la intervención.

El entrenamiento del psicólogo de emergencias en habilidades de evaluación in situ, en habilidades sociales, en escucha activa, en el establecimiento de empatía, en manejo y contención emocional, en estrategias de negociación, etc. pueden modificar las respuestas fisiológicas y cognitivas del suicida. Si el profesional consigue

modificar las variables antecedentes, cambiarán las operantes del suicida.

En un estudio posterior abordaré el tema de la prevención. El psicólogo como experto en conducta humana es un profesional que puede trabajar en la prevención y debería estar a disposición de los ciudadanos que en un momento de su vida decide quitarse la vida. Cerca de 3.500 suicidios al año en España y 60.000 anuales en Europa avalan esta afirmación.



Foto: J. Quiñones

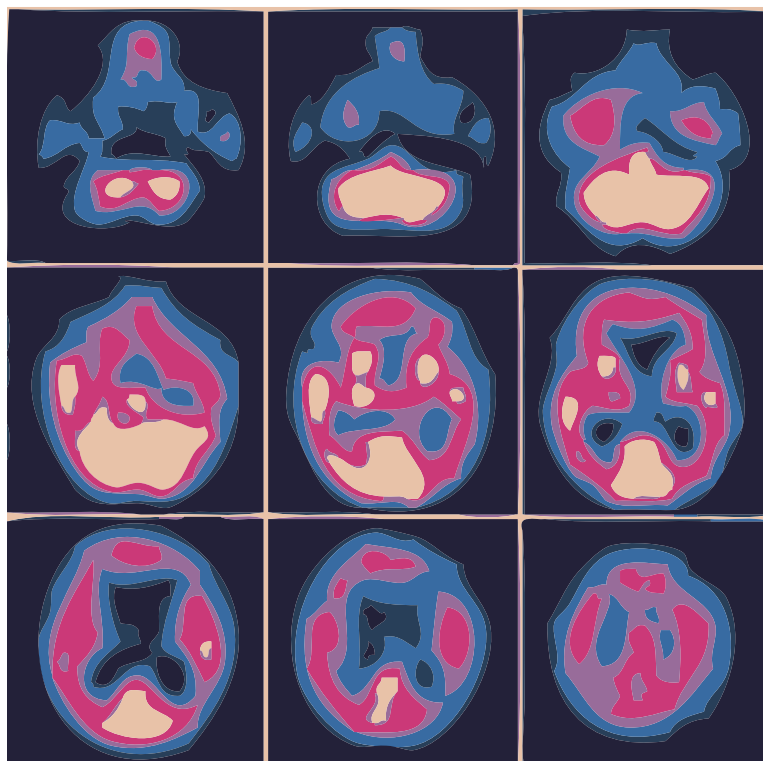
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cautela J.R y Upper D. Condicionamiento encubierto (1983). Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer
- Fernández Millán, J.M. (2005) Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Psicología Pirámide.
- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guías de práctica clínica del SNS. 2011. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- González Vandunciel E. y GRIPDE. (2007). Colegio Oficial de psicólogos de Castilla y León. Guía resumen de actuación Psicológica en Emergencias.
- Mariana Segura. Pilar Sánchez. Pilar Barbado. Análisis Funcional de Conducta Humana: Un modelo explicativo. (1991). Universidad de Granada.
- Memoria de la Organización Mundial de la salud (OMS).
- Parada Torres, E. (2008). Psicología y Emergencia. Habilidades Psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Robles Sánchez, J.I; Medina Amor, J.L. (2003). Intervención psicológica en las catástrofes.
- Holland J.G., Skinner B.F. (1984). Análisis de la Conducta. Biblioteca Técnica de Psicología. Editorial Trillas. México, D.F.
- Torrico., E; Remesal, R y Andrés, M. El suicidio en la población adulta, FOCAD 2009. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

# El cerebro como pseudoexplicación (las teorías neurobiológicas de la conciencia)

<http://www.nodulo.org/ec/2005/n043p13.htm>

Carlos López Marbán



*Observando la conciencia*

## RESUMEN

Crítica de las teorías neurobiológicas de la conciencia, entendiendo que son incapaces, por su fisicalismo grosero, de dar cuenta de lo que pretenden explicar..

## ABSTRACT

Criticism of the neurobiological theories of consciousness, understanding that they are incapable, by their physicalism rude to account for what they purport to explain.

## prolepsis

Resulta un tópico muy socorrido en círculos científicos definir el siglo XXI como «el siglo del cerebro». Se defiende que el estudio de su estructura y funcionamiento debe aportar datos fundamentales para la comprensión no sólo del comportamiento humano (es común hablar de «las bases neurológicas de la conducta») sino además, y particularmente, del fenómeno de la conciencia. Se buscan de este modo bases neurológicas para dar cuenta de cuestiones consideradas hasta ahora parte del campo de estudio de otras categorías, como la psicología, las ciencias sociales o las ciencias humanas. La búsqueda pasa a considerarse, además, tema central e imprescindible para un correcto cierre de estas disciplinas, llamadas genéricamente neurociencias (o neurociencia, en claro intento unificador{1}):

«Dilucidar el origen biológico de la conciencia parece ser un tema crucial de las neurociencias, a tal punto que puede sostenerse que mientras no se esclarezca la génesis de la autognosis, de la conciencia, del 'yo', la neurobiología parecerá trunca e indefinida.» *Dr. Sergio Ferrer Ducaud. Academia de Medicina de Chile.* [1]

Estas posiciones científicas se ofrecen como materialistas (por oposición a otras tachadas de espiritualistas o metafísicas) aunque en realidad no suelen superar un fisicalismo reduccionista y simple. El materialismo que defienden es decididamente monista y precisamente por ello, como veremos, incapaz de dar cuenta cabal del problema de que se trata. Un destacado neurocientífico, Rodolfo Llinás, afirma que para comprender la naturaleza de la conciencia el requisito primordial es disponer de una perspectiva apropiada:

«así como la sociedad occidental, sumida en el pensamiento dualista, debe cambiar de orientación para captar las premisas elementales de la filosofía monista, también es necesario un cambio fundamental de perspectiva para abordar la naturaleza neurobiológica de la mente».[2]

Lo cierto es que el tema se ha convertido en recurrente y ha trascendido el ámbito estrictamente científico, constituyéndose como lugar común en todo tipo de publicaciones, tertulias, programas divulgativos, &c. Un ejemplo que desarrolla lo que decimos, extraído de un portal generalista de Internet, es el siguiente:

«La conciencia humana se genera en la parte posterior del córtex cerebral. Descubiertos los mecanismos neuronales que permiten al cerebro darse cuenta del entorno y de los procesos subjetivos. El córtex es la

región del cerebro que genera la conciencia del entorno y de uno mismo, según una investigación que describe por vez primera los mecanismos neuronales del psiquismo humano. Aunque la investigación sobre la formación de la conciencia está aún en un estado primitivo, sus autores consideran que las facultades de nuestro cerebro pueden explicarse totalmente por la interacción de las células nerviosas.» [3]

Como se puede apreciar, se considera la conciencia una facultad del cerebro, cuya explicación puede encontrarse, en última instancia, en la interacción de sus neuronas.

Verdad es que la información se codea con otras de la talla de: «la ciencia ya experimenta con híbridos que son mitad hombres, mitad animales»; «las comunidades de insectos generan sus propios estados policiales» o «el Universo inicial era líquido». Pero esto no supone tanto un menoscabo a la validez de las teorías neurobiológicas de la conciencia cuanto la evidencia de que han pasado a formar parte del acervo 'científico' popular.

La perspectiva neurobiológica parece haberse convertido en el acercamiento idóneo para aquellas personas que, no admitiendo ya enfoques religiosos o mentalistas, buscan una explicación «científica» a las realidades humanas «más profundas». Todo lo cual viene a ofrecerse, por supuesto, en consonancia con el «espíritu laicista» propio de los tiempos que corren. Se ha sustituido, en alguna medida, la creencia religiosa por una ingenua fe en la Ciencia, de modo que no puede sino confiarse en ella para que descubra las causas últimas de la conducta, la subjetividad o la conciencia.

#### LOS MODELOS DE LOS CIENTÍFICOS

Francis Crick –premio Nobel en 1962 por su descubrimiento, junto a James Watson, de la estructura del ADN– a la manera habitual de otros científicos que alcanzan éxito en sus respectivos campos de estudio, pretende resolver 'de un plumazo' cuestiones que llevan siglos siendo debatidas. Tras años de dedicación a tareas experimentales y empíricas decide, ya jubilado, 'resolver científicamente' el problema de la conciencia, para lo cual se ve obligado a trabajar con ella de un modo grosero y reduccionista.{2}

En su libro «La hipótesis sorprendente. La búsqueda científica del alma», [4] Crick afirma que «la conciencia es una banal fusión de neuronas del cerebro». Además, recuerda al lector que «tú, tus alegrías y

# prolepsis

tus penas, tus recuerdos y tus ambiciones, tu sentido de identidad personal y libre albedrío, no son de hecho más que el comportamiento de un gran agregado de células nerviosas y las moléculas que se les asocian». La conciencia no se entiende como algo propio de la persona, ni siquiera del organismo, sino exclusivamente del cerebro: un epifenómeno, un producto que brota de una determinada arquitectura neuronal. Se considera una propiedad emergente, que no puede ser explicada únicamente por las partes cerebrales, ni siquiera por su interacción, sino sólo por la estructura total del sistema. No es el funcionamiento el que la genera (la mente no es función del cerebro) sino el orden espacial que alcanzan los componentes del sistema nervioso humano en un momento dado de su evolución. Lo que parece obviarse o preterirse, es que esa misma evolución del sistema nervioso sólo ha sido posible por el funcionamiento del organismo como un todo.

La conciencia se entiende entonces como conocimiento (por ejemplo, de 'tus alegrías, tus penas', &c.) pero éste, desde la perspectiva reduccionista neurológica de Crick, sólo puede entenderse a su vez como un conjunto de procesos de aferencia sensorial que dan lugar a actos motores, así como sus correspondientes patrones neurales jerárquicos donde quede 'representado'. Esto es lo que defiende también la psicología cognitiva: el conocimiento no es una acción, directa y necesariamente ligada a sus consecuencias (para uno mismo y para otros) sino un proceso que ocurre a nivel neurológico. El conocimiento es algo diferente y previo a su manifestación, entendiéndose que puede comprobarse verdaderamente su existencia con técnicas de neuroimagen; en otras palabras: mediante la observación de una pantalla digital donde diferentes zonas encefálicas cambian de color en función de lo que hace un sujeto.

De modo que la conciencia (el conocimiento) se intenta explicar (y medir{3}), por sus correlatos cerebrales, aunque sea obvio que los cambios que ocurren a este nivel se producen tanto al conocer algo como al des-conocerlo (o conocerlo de modo erróneo). El cerebro nunca deja de 'hacer cosas' y la más profunda ignorancia acerca de cualquier cuestión requiere también de sus correspondientes transformaciones neuronales; perseverar en el error, de modo contumaz, también supone una ardua labor neuronal (con sus correspondientes 'patrones neurales') sin que esto nos permita afirmar que quien actúa de modo repetidamente erróneo esté aprendiendo. Tan consciente se es, por otra parte, de algo real como de una ilusión o una

alucinación. Se produce aquí una confusión entre procesos apotéticos, que requieren distancia con los objetos (e implican relaciones alotéticas, es decir, relaciones de otros sujetos con las mismas o similares situaciones) y procesos paratéticos. Porque si el conocimiento tiene sentido, lo tiene en cuanto que aquello que se conoce es también conocido por otros. Los cambios neuronales que ocurren cuando realizamos cualquier aprendizaje son precisamente los que no se pueden compartir con los demás (sin perjuicio de que ellos mismos, a su vez, puedan convertirse en objeto de conocimiento común).

Las teorías de Gerald Edelman, por su parte, se presentan como dotadas de una complejidad de la que carecen las de Crick. Las diferencias fundamentales serían, por un lado, la introducción de la interacción, con la que intenta superarse la explicación emergentista y, por otro, el concepto de mapa. Para el filósofo John Searle, de la Universidad de Berkeley, la teoría neurobiológica de Edelman es la más profunda y completa por su idea de 'mapa neuronal': «la primera idea esencial para Edelman es la noción de mapa. Un mapa es una capa de neuronas del cerebro, los puntos de la cual están vinculados sistemáticamente con los puntos correspondientes de una capa de células receptoras, como la superficie de la piel o la retina del ojo. Los mapas pueden también vincularse con otros mapas.» [5] Sin embargo, Crick ya hablaba de circuitos en los que las neuronas entran en contacto, formando patrones más o menos estables de intercambio electro-químico. Aunque la idea de mapa parece más flexible, menos estructural, lo cierto es que también Crick afirmaba que la sincronía neuronal es temporal, no de estructuras. De modo que la supuesta diferencia entre ambas teorías es más bien una similitud constante en este tipo de enfoques: su carácter representacional.

Edelman parte de sus trabajos sobre inmunología, por los que recibió el Nobel de Medicina en 1972, en los que defiende que el funcionamiento del sistema inmunológico no depende de un repertorio fijo de anticuerpos sino de una selección de aquellos que mejor se adaptan a la estructura de los cuerpos extraños: los seleccionados se replicarán en la cantidad necesaria para combatirlos. El sistema se presenta entonces como selectivo, en el sentido darwiniano del término. Su teoría de la selección del grupo de neuronas (TNGS) [6] concibe el funcionamiento del cerebro del mismo modo selectivo-evolutivo, a tres niveles: en el desarrollo biológico, conforme se completan las conexiones neuronales más básicas, que garantizan y regulan las funciones fisiológicas necesarias para la existencia (tron-

# prolepsis

coencéfalo y sistema límbico); mediante la experiencia, que permitiría incorporar nuevas conexiones (corteza y tálamo); y en la dimensión de re-entrada o comunicación en ambos sentidos.

El primer nivel hace referencia a una selección primaria, que consolidaría una codificación genética determinada, sólo posible por lo que Edelman denomina lucha topobiológica (lucha de especies por 'ocupar el espacio') y que no es sino otra forma de decir 'lucha por la vida'. La segunda sería una selección secundaria de los grupos neuronales, que llevaría a la formación de mapas o patrones en los que se 'dibuja' la memoria, de modo flexible, mediante sincronizaciones neuronales temporales (se trata, en suma, de apelar a la plasticidad sináptica y de hacer referencia a la ontogénesis en vez de la filogénesis del nivel anterior). La re-entrada, por último, sería un proceso dinámico en el que la constante interacción entre sistemas (límbico y tálamo-cortical) permitiría categorizar las nuevas percepciones y modificar los mapas, siempre a partir de la memoria de valor, que impondría unos límites{4}.

El aprendizaje se explicaría por la consolidación de algunos de estos patrones, lo que sólo es posible en la medida en que la información del medio permanezca estable, ya que de otro modo los patrones mismos habrían de variar. La posibilidad misma de aprendizaje está determinada por la regularidad de la estimulación ambiental, de modo que los 'mapas' son copias o representaciones del exterior, a pesar de la apelación a los circuitos autoorganizativos, las re-entradas, &c. El problema de los modelos interaccionistas es que intentan superar el fisicalismo simple (la conciencia se explica por leyes físico-químicas, de orden neuronal) introduciendo la idea de interacción con el mundo físico externo al cerebro, pero para ello necesitan postular un representacionismo que duplica el mundo, mediante los 'mapas neuronales'. El mundo ha de representarse de algún modo para que el cerebro pueda trabajar con él, de manera que se cae de nuevo en el dualismo externo/interno típico del mentalismo (contra el que se construyen precisamente estos modelos) pero substituyendo ahora la mente por el cerebro.

De modo que la interacción se vuelve fundamental para Edelman porque con ella intenta superar el emergentismo simple de Crick (la conciencia emerge, como epifenómeno, al llegar a cierto nivel de organización cerebral). Pero al introducirla, lo único que hace es 'recordarnos' que el cerebro 'está' en el cuerpo (pero el cerebro no

'está', sino que 'es' cuerpo) y éste, a su vez, inmerso en su medio ambiente (aunque más que inmerso en el medio, diríamos que él mismo es medio para otros cuerpos y éstos, a su vez, para él), operando los tres de forma integrada. Habría entonces un intercambio constante entre la información de los sentidos corporales –a través de los cuales se 'accede' al mundo– y todo aquello que es recordado e imaginado (y que está en el cerebro en forma de 'mapa'). Ahora bien, la conciencia misma sólo es posible, según Edelman, gracias a las interacciones reentrantes entre el tálamo y la corteza.

De modo que se introduce el entorno y el cuerpo pero la explicación recae de nuevo en el sistema nervioso. El mundo entorno parece más bien una excusa para el desarrollo de la capacidad cerebral de autoorganización y reconocimiento de patrones; mientras que el cuerpo se ofrece casi como una extensión ortopédico-biológica del cerebro hipostasiado, necesaria sin duda para que éste pueda manipular el medio. Frente a todo esto, habría que decir que es más bien el cuerpo, en su integridad, el que actúa y el que se hace consciente en su actividad, de modo que la conciencia es siempre operatoria. No se niega, por supuesto, la importancia del sistema nervioso en esta actividad, pero puesto que los neurocientíficos son tan amantes de las metáforas, quizá habría que comenzar a presentar el cerebro más bien a la manera de una centralita telefónica automática que como un director ejecutivo que tomara decisiones.

Edelman diferencia también, frente a Crick, entre conciencia primaria y conciencia superior. La primera sería propia de los animales{5}: conciencia de 'escenas' o experiencias concretas, sin sucesión temporal; mientras la segunda sería específicamente humana, sustentada en su capacidad simbólica (que incluye el lenguaje y la conciencia de sí). La conciencia superior requeriría del desarrollo del aparato laríngeo de fonación y de las áreas del lenguaje del hemisferio izquierdo (Wernicke y Broca). Pero Edelman reduce la explicación de esta conciencia a un nuevo circuito interactivo, ahora entre las áreas que realizan la conversión simbólica (las ya referidas del lenguaje) y las preexistentes de la conciencia primaria, [7] de modo que no se evita el dualismo ya referido y el 'yo' se entiende, no de un modo operatorio, sino como otra representación cerebral, esta vez conceptual, narrativa, posible porque el 'mapa' neuronal no es ahora únicamente espacial o jerárquico ('escenas') sino también temporal o sincrónico ('narraciones'). En palabras de Vicente M. Simón, ahora se tiene la capacidad de «construir modelos de la realidad que permi-

# prolepsis

tan su manejo conceptual sin requerir la presencia de la realidad misma. La posibilidad de trabajar con estos modelos fuera del tiempo real (sic) es lo que hace posible escapar a la tiranía del presente recordado a la que se hallan sometidos aquellos seres que sólo poseen conciencia primaria». [8] Pero esta temporalidad o 'emancipación de la tiranía' de la 'realidad en tiempo real', no se consigue por la recursividad de las operaciones de un yo socialmente constituido, sino gracias a la sincronicidad de la circuitería neuronal.



*Representacionismo*

Desde una perspectiva monista y representacional, defendiendo también la interacción y la sincronicidad neuronal como mecanismos explicativos, Rodolfo Llinás afirma que el cerebro es la estructura que interactúa con la 'información del medio', captándola, almacenándola, transformándola y transmitiéndola en diversas formas, desde movimientos hasta emociones. Este autor defiende que la conciencia existe ya en los organismos biológicos más primitivos (lo que viene a coincidir con las ideas de Teilhard de Chardin) por lo que la conciencia específicamente humana sería resultado de la evolución filogenética del sistema nervioso. La conciencia no surge del cerebro tras alcanzar éste una determinada estructura, sino que, en realidad, es el sistema nervioso mismo (todo organismo con sistema nervioso la tiene). La respuesta de contracción de una esponja a una estimulación directa sería ya una forma de conciencia. La conciencia humana sería más comple-

ja únicamente porque es más complejo su sistema nervioso. La conciencia se puede entender entonces de una manera geológica, con diferentes capas; o como una ciudad, construida con diversos materiales a través de las épocas. Su arqueología incluiría una capa prehistórica, una capa medieval, una capa renacentista, etc. Desde estas perspectivas neo-teilhadianas cada uno de nosotros llevaría dentro de su sistema nervioso la historia entera de la biología del planeta. Este es el frívolo mecanismo explicativo que subyace a argumentos que presentan desde la psicopatía hasta la violencia doméstica como causadas por un supuesto 'cerebro reptiliano'.

Estas teorías y otras, como las de Howard Bloom{6}, se convierten en deudoras de las concepciones espiritualistas de Teilhard de Chardin y de las ideas de noosfera o esfera humana: esfera de reflexión y de invención consciente. Pero estos autores amplían de modo generoso el concepto, extendiéndolo a todos los niveles de complejidad de la materia viva, en defensa de una 'conciencia planetaria' o 'mente de la Tierra' (cuando el biólogo Francisco Varela conoció a Humberto Maturana, con el que trabajó durante años, le señaló que su interés era «el psiquismo del universo», a lo que Maturana respondió: «Muy bien, has llegado al lugar correcto. Comencemos por el ojo de la paloma») [9]. En realidad, estas teorías se ofrecen en lógica consonancia con otras que consideran el planeta como un ser vivo: si vive y respira, ¿por qué no va a tener también conciencia? El caso de Maturana y Varela{7} tampoco es diferente, no sólo por que sus ideas están teñidas de un espiritualismo panteísta muy latinoamericano, sino porque tampoco superan los problemas ya reseñados de las teorías de Edelman. Así, aunque Varela dirija atinadas críticas hacia otras teorías representacionistas (a las que acusa de kantianas) y solipsistas (donde podríamos encajar, por ejemplo, la de Crick) [10] sus propias teorías intentaron superar estos límites con conceptos como el de 'clausura operacional del sistema nervioso', cuyo mayor 'mérito' es introducir la acción como determinante del estado particular del sistema nervioso en cada momento. La (casi) siempre preterida conducta del organismo se recupera, poniéndola al mismo nivel que el estado mental o cerebral, de modo que ambos se co-determinan (sujeto y mundo se co-determinan, dice también la psicología cognitivista de Bandura). Pero esta co-determinación, que se ofrece pretenciosamente con el término enacción, tomado de la filosofía, no es sino otra forma de nombrar la interacción: al fin y al cabo, el conocimiento sigue estando en el cerebro, aunque éste se vincule circularmente a la acción. El sujeto de conocimiento sigue siendo el cerebro hipostasiado, no la persona o el organismo como un todo.

# prolepsis

El 'último grito' en concepciones fiscalistas de la conciencia y que pretende ir más allá (o, para ser exactos, más abajo) del nivel neurobiológico, son las teorías que buscan la explicación de la conciencia en la mecánica cuántica. El autor más conocido de este enfoque es Roger Penrose, físico famoso por sus trabajos junto a Stephen Hawking sobre la relatividad general, en los que desarrollaron los teoremas de las singularidades espacio-temporales. Al modo ya referido de Crick y otros científicos, no duda en proponer una explicación de la conciencia desde su propio campo de estudio, la física cuántica.

Afirma Penrose que no podemos hallar la respuesta al problema de la conciencia en el nivel de las neuronas porque éstas son demasiado grandes: son ya objetos explicables mediante la física clásica. Como ésta no resuelve el 'problema fuerte' de la neurociencia (como pasar de las conexiones neuronales a la experiencia de la conciencia) decide buscar aún más adentro: debemos escrutar el interior de la neurona y encontrar allí una estructura denominada citoesqueleto, que mantiene unida la célula y es el sistema de control para su funcionamiento.

El citoesqueleto contiene diminutas estructuras llamadas microtúbulos, los cuales desempeñan un papel decisivo en el funcionamiento de las sinapsis. La hipótesis que propone es la siguiente: «según el modo de ver que provisionalmente propongo, la conciencia sería alguna manifestación de este estado citoesquelético interno, cuánticamente trabado, y de su participación en la interacción entre niveles de actividad cuánticos y clásicos.» [11] Los microtúbulos fueron un hallazgo del anestesista Stuart Hameroff y otros investigadores de la Universidad de Arizona. En estas microestructuras «se detecta una anulación de la actividad ordinaria cuando los pacientes son anestesiados. Los microtúbulos contienen proteínas cuyo tamaño sí entraría dentro de lo que es la escala en la cual se producen fenómenos cuánticos. De modo que tales fenómenos serían amplificadas por los microtúbulos a la escala (biológica, no física, y menos cuántica) de las neuronas.» [12] Las consideraciones de Penrose a favor de estas entidades celulares como factores explicativos de la conciencia se apoyan en pseudo-argumentos del siguiente jaez: [13]

- Estas entidades existen en todo tipo de células, con lo que habría una explicación para los comportamientos 'complejos' de seres 'simples' sin sistema nervioso desarrollado (el paramecio, por ejemplo)
- Puesto que cada neurona contiene una cantidad enorme de microtúbulos, el poder de computación del cerebro se incrementarían en un factor de 1013

- Dentro del microtúbulo podría existir un estado especialmente ordenado del agua (agua «vicinal») que podría ayudar a mantener el estado de coherencia cuántica buscado.
- La acción de los anestésicos generales podría interferir en la actividad microtubular, hipótesis apoyada por el hecho de que estos anestésicos también actúan sobre seres simples como amebas o paramecios.

Cómo recuerdan Robles y Caballero, Penrose piensa en la 'alternativa cuántica' al 'descubrir' que los procesos cerebrales no pueden ser replicados por ningún ordenador. Pero, en realidad, no se explica muy bien que tiene que ver todo este entramado con la conciencia. En realidad, el modelo cuántico peca de los mismos errores que los anteriores: el dualismo y el fisicalismo más reduccionista y simple: todo, incluso la conciencia, puede ser explicado mediante leyes físicas (aunque sean las de la física cuántica).

El empeño de Penrose (y el de tantos otros investigadores de la neurociencia) se asemeja al de un obrero que cayera con su pala en un gran agujero. El hombre no sabe como salir de allí y la pala no le ayudará a conseguirlo, pero es la única herramienta que tiene a su alcance y además sabe usarla con destreza, de modo que comienza a cavar con ella. Cuanto más cava más se hunde, pero aún piensa ilusionado que si sigue intentándolo conseguirá su objetivo. Los neurocientíficos trabajan con sus herramientas, convencidos de que si aún no han explicado la conciencia (con sus propias herramientas y en sus propios términos) es porque sus investigaciones están todavía en los primeros estadios. Por suerte para ellos, parece que ya no se puede 'cavar más abajo' de los microtúbulos.

Todos estos modelos parten de un error habitual y común, que resulta de considerar el cerebro como la base de la conciencia. El mejor ejemplo de esta falacia son las teorías de Searle, que defiende de modo tajante que «deberían darse por sentados los fenómenos mentales [...] de la misma manera que uno da por sentados los fenómenos digestivos en el estómago».[14] Este autor considera que la diferencia mente/cuerpo no es ontológica sino epistemológica (conocimiento en primera persona frente a conocimiento en tercera persona). La mente no es sino una cualidad o propiedad del cerebro, producto de su microestructura; pero aunque causada por mecanismos 'micro' (impulsos electroquímicos, por ejemplo) no puede ser explicada en términos de esos mismos mecanismos. Se pretende buscar una explicación científica de la con-

# prolepsis

ciencia (considera muy importantes las teorías de Edelman) pero a la vez se rechaza que la objetividad científica pueda decir nada interesante respecto a ella. Se busca una objetividad diferente (frente a la científica) para explicar el reino de la mente, que sería el de la subjetividad y la apariencia: esto es así debido a que la ontología de los estados mentales es una ontología de primera persona, distinta a la del resto de hechos físicos. De modo que aunque los estados mentales son, en última instancia, físicos, no pueden estudiarse del mismo modo pues su realidad consiste en su apariencia: son como a cada uno le parece que son. El resto de los hechos físicos, en cambio, se presentarían con una diferencia entre la realidad de lo que se percibe y su apariencia. Como no se puede acceder científicamente a esos estados mentales, puesto que son subjetivos (no pueden ser científicamente objetivables) ha de hacerse por métodos indirectos: observando las conductas apropiadas y buscando los registros fisiológicos subyacentes, para atribuir al sujeto los correspondientes estados mentales. En resumidas cuentas, lo que llevan haciendo los enfoques reduccionistas (neurológicos, neurobiológicos, cognitivos, &c.) desde hace mucho tiempo. Las teorías de Searle son un buen soporte filosófico (con su correspondiente carga ideológica) para este tipo de pseudoexplicaciones científicas.

Contra todo ello habría que decir que:

- como es habitual en explicaciones que se pretenden monistas, no se demuestra en ningún caso que 'lo macro' sea un rasgo de lo 'micro' o que emerja de él
- aunque se rechaza el fisicalismo, afirmando que la conciencia no puede explicarse por leyes físicas, no se da una alternativa válida para entenderla; así que, en realidad, a pesar de la importancia que se le concede, no se explica
- aunque se niegue, la supuesta diferencia epistemológica primera/tercera persona esconde un dualismo de dos ontologías diferentes (físico/mental)
- la pretensión de estudiar de modo objetivo el ámbito de la subjetividad sería en cualquier caso descabellada, pues si la realidad subjetiva fuese la pura apariencia perceptiva, no puede analizarse en términos objetivos, que se fundamentan precisamente en verdades en las que el sujeto queda anulado
- el ámbito de la subjetividad y la conciencia no puede entenderse formado por percepciones puras, previas, sobrevenidas e indubitables sino como operatorio, que trabaja a nivel de fenómenos (y apariencias)

La alternativa a Searle –y con él a todas las concepciones neurobiológicas que hemos visto– pasa por considerar la conciencia como operatoria; la operación como corporal, sobre todo de tipo manual y fonético (no reducible, pues, al cerebro o al sistema nervioso); y al cuerpo mismo como formando parte de una totalidad de cuerpos. La conciencia es entonces necesariamente relacional, evitándose de este modo las falsas relaciones:

percepción/apariencia → mundo físico  
 percepción=apariencia → 'mundo mental'.

Se puede afirmar ahora que la percepción subjetiva no es apariencia sino conocimiento verdadero y que sólo se convierte en apariencia en tanto lo que se percibe obstaculiza el conocimiento de lo que se conoce, tal como es conocido por otros sujetos. «Las apariencias implican la relación de un sujeto a más de dos objetos o disposiciones objetivas. El concepto de apariencia implica un componente práctico (obstrucción o facilitación) en relación a un sujeto operatorio, al margen del cual el concepto de apariencia se desvanece». Los fenómenos, por el contrario, «implican la relación de un objeto o disposición de objetos a más de un sujeto».[15] De modo que la conciencia no es una manifestación, epifenómeno o rasgo del sistema neuronal sino una operación, en todo caso, de una totalidad corpórea que actúa junto, frente, a través o en contra de otras.

#### OTRAS MANERAS DE DECIR CONCIENCIA

Desde aproximaciones neurobiológicas puede entenderse también la conciencia, con pretensiones explicativas más modestas, como 'alerta' o 'vigilancia'. Se alude entonces al grado de activación córtico-reticular o 'arousal', que se despliega en una escala que va desde la vigilancia ('estar despierto') hasta el sueño, pasando por distintos niveles intermedios (somnolencia). Por supuesto, el paso de un 'estado de conciencia' a otro (alerta-sueño) es un hecho repetido y común a lo largo de la vida de una persona, convirtiéndose en problemático cuando deja de producirse (insomnio, narcolepsia{8}) o no lo hace con la suficiente fluidez. Lo cierto es que lo importante aquí es 'estar alerta', independientemente de aquello ante lo que se está alerta (abstrayendo el medio).

También se utiliza desde esta perspectiva el término 'lucidez', definido como la capacidad general de percibir el entorno y responder a él, pero también en ocasiones como 'claridad de ideas' o 'claridad de juicio', ofreciéndose entonces como su contrario la llamada 'confusión

# prolepsis

mental'. Su valor de uso (desde parámetros exclusivamente neurobiológicos) ha de residir en su sentido de adecuada percepción y respuesta al mundo entorno, mientras que la apelación a ideas claras o juicios correctos nos remite ya a otros planos explicativos de la conciencia{9}. La 'lucidez' puede aceptarse si se ofrece como la necesaria contrapartida biológica (funcional-adaptativa) de la activación neurológica ('alerta'), pero de ningún modo como 'claridad de ideas', ya que el salto entre ambas concepciones no es meramente cuantitativo.

La lucidez implica de algún modo la luz, que ilumina los objetos a distancia con los que actuar (el entorno al que adaptarse) y ante los que se pone en marcha la alerta o vigilancia{10}, es decir, supone ver y actuar con claridad; no tanto pensar o juzgar con acierto. Tener 'ideas claras', en cambio, requiere operaciones con conceptos, lo que supone un mundo social y culturalmente organizado, que no puede ser reducido a la escala neurobiológica.

En este sentido de percepción y respuesta al entorno se ofrecen los diferentes 'estados confusionales' que recoge la investigación psicopatológica al uso, en una escala entre la lucidez y el coma:

- Lucidez: conciencia normal
- Estado oniroide: la persona está despierta pero le cuesta diferenciar entre lo real y lo imaginado
- Estado crepuscular: se actúa de modo automático, sin poder dar cuenta de lo que se está haciendo
- Torpor: dificultad para razonar y contestar con claridad, sin que haya sueño
- Estupor: la persona está despierta pero no contesta (mutismo) ni se mueve (acinesia)
- Obnubilación: sólo se reacciona ante estímulos fuertes
- Sopor: la capacidad de reacción es ya muy pequeña
- Coma: sólo hay actividad vegetativa, no cortical

En el estado oniroide, la respuesta se ve entorpecida por la influencia de estímulos imaginados (oníricos), de modo que, aunque se reacciona al medio, éste aparece 'contaminado' por dichos estímulos. El llamado estado crepuscular, habitual en epilépticos, no es un constructo unívoco, ya que se utiliza para dar cuenta de un nivel de conciencia que puede fluctuar desde una total desconexión del medio hasta cierta capacidad de respuesta parcial. Pero en general suele referirse a niveles de conciencia prácticamente normales, en

los que sólo llama la atención el cambio de comportamiento, que se convierte en extraño o extravagante{11}. Las conductas y movimientos automáticos y las acciones que, tras las crisis, se describen como involuntarias, se vuelven habituales. En cualquier caso, aunque en la epilepsia se producen déficit a nivel neuronal{12}, lo relevante es que estos comportamientos no resultan adaptativos, no hay lucidez y se presenta confusión y desorientación, así como lentitud en las respuestas verbales y en la ejecución de órdenes sencillas.

Los conceptos de conciencia usados hasta ahora nos sitúan, entonces, en la dimensión orgánica (individual) y lo hacen de un modo complementario. En otras palabras, el concepto de alerta (vigilancia) pone el énfasis en la activación nerviosa (componente 'neuro') necesaria para una correcta o adaptada responsividad del organismo al medio (lucidez), que sería el componente 'bio' del par neurobiológico{13}. Sin perjuicio de que puedan ofrecerse ambos por separado (abstrayendo el otro término del par) aunque tampoco debe llegarse a la conclusión de que lo neurológico es la base de lo biológico: la funcionalidad adaptativa del organismo en su medio es la que determina el desarrollo del sistema nervioso, tanto a nivel filogenético como ontogenético. Una explicación en términos neuronales de la conciencia como lucidez resultaría errónea, aunque sólo fuera por insuficiente.

El problema de estos conceptos es que resultan tautológicos. Se define la conciencia como 'estar despierto' o 'darse cuenta del entorno' pero esos términos no son sino formas diferentes de afirmar que el sujeto es o está consciente. Lo que habría que cuestionar entonces es la necesidad de denominar como conciencia, de manera confusa, lo que ya se rotula de otras maneras.

#### LA AUTOCONCIENCIA COMO CONCIENCIA OBJETIVA

Otro término que suele utilizarse desde perspectivas de corte neurobiológico, entendiéndolo como una dimensión de conciencia diferente a las anteriores, es el de autoconciencia o 'conciencia de uno mismo'. El asunto es que si se entiende como tal autoconciencia una adecuada capacidad de reacción al 'mundo interno', no hay entonces entre este mundo y el 'externo' más que una diferencia de localización de los estímulos: la autoconciencia sería una forma de lucidez o reactividad. Un animal que pone en marcha unas pautas de búsqueda de alimento ante señales propioceptivas de hambre está siendo consciente (reaccionando con lucidez). Un bebé que responde llorando ante este mismo tipo de señales está reaccionando tam-

## prolepsis

bién conscientemente. Este tipo de conciencia no nos sitúa, pues, ante un significado diferente, sino que nos remite al que ya hemos calificado de tautológico («conciencia es darse cuenta de las cosas»).

Intentando establecer una concepción de conciencia (autoconciencia) que sea exclusiva de la sensación interna, sin que se pueda hablarse de reacción o respuesta, el profesor de filosofía del MIT Ned Block (94, 95) [16] [17] distingue entre conciencia-P (P-consciousness) y conciencia-A (A-consciousness o conciencia de acceso). Defiende que la primera es una conciencia estrictamente fenoménica o experiencial{14} («*la conciencia-P es la experiencia*») mientras la segunda tendría ya una funcionalidad, al integrarse en la relación del sujeto con el mundo. Pero lo que no explica Block es de qué modo podemos conocer la existencia de esta conciencia si no es precisamente a través de dicha relación. Aun más (utilizando el ejemplo anterior) si sabemos que el animal tiene hambre, no es porque leamos en su interior (intus-legere){15} ni porque intentemos percibir la situación como él, situándonos en su 'campo fenoménico', sustituyéndole de algún modo al proyectar sobre él nuestra propia subjetividad operatoria{16}, sino porque percibimos el conjunto de sus operaciones:

«Es la construcción de una exterioridad: cuando percibo el movimiento de un animal como un 'zarpazo', no penetro en su interior, sino que inserto el segmento percibido de su movimiento en una trayectoria de conjunto.» Bueno (80) [19]

El 'campo fenoménico' en el que nos situamos no es el del animal (o el bebé) sino que es el mundo mismo, el mundo construido a escala operatoria humana en el que el término hambre tiene significado. La cuestión es que si existiese esa conciencia 'pura', entendida como 'pura percepción' o 'pura experiencia' sin funcionalidad, sería inaccesible.

«...no hay posibilidad de separar el orden sensible del orden inteligible, las percepciones de los pensamientos o, si se quiere, las intuiciones de los conceptos. Toda intuición contiene a la vez un concepto y todo concepto contiene una percepción.» Bueno, op. cit. [20]

Así pues, la 'autoconciencia', entendida como 'lucidez' o responsividad a estímulos corporales internos, requiere, en realidad, de una construcción 'desde fuera', apotética. Los 'estímulos internos' se hacen conscientes cuando se ofrecen a distancia: sea la distancia entre diferentes partes del cuerpo, sea la distancia a que se ofrecen

las operaciones para el observador.{17} En cambio, los procesos paratéticos del organismo (celulares, neuronales, &c.) se dan precisamente a nivel automático, inconsciente. Por ello, como dijimos, los procesos neurológicos resultan insuficientes por sí mismos para explicar la percepción y respuesta adecuada al entorno (incluyendo en él lo que hay 'bajo la piel'). El 'mundo interno' de la sensaciones estímulares corporales no puede presentarse, entonces, como un modo diferente de conciencia.

Sin embargo, cuando se habla de autoconciencia, el sentido que se suele utilizar es diferente, haciendo hincapié no tanto en uno mismo como fuente de estimulación, sino más bien en el conocimiento de lo que uno hace y lo que uno es: 'conciencia sobre la propia conciencia'. El propio Block (1994, pág. 213) la define como «la posesión de un concepto de yo (self) y la habilidad para utilizar este concepto para pensar acerca de uno mismo»{18}. Las anteriores 'dimensiones de conciencia' son, por decirlo así, basales, en el sentido de que si se ven alteradas, se verá alterado el comportamiento en su conjunto, pero esto no significa que la autoconciencia pueda ser explicada por ellas. Esta dimensión hace referencia ya a operaciones verbales, específicamente humanas (lenguaje doblemente articulado) que suponen una equivalencia funcional entre los conceptos y las situaciones (y otras operaciones no-verbales). Al modo como la conciencia, entendida como lucidez, no puede entenderse sin el entorno (no puede explicarse por el sistema nervioso, aunque lo suponga), la autoconciencia no puede reducirse a las anteriores dimensiones de conciencia, ya que requiere de un mundo organizado socialmente, que es el que proporciona precisamente el significado de las operaciones verbales. En este sentido, la autoconciencia puede entenderse como la forma de conciencia específicamente humana, la forma misma en que «se manifiesta como activo el ser social del hombre...» (Bueno, op. cit., pág. 85)

En una crisis epiléptica que curse con un estado crepuscular, se ofrece como alterada la autoconciencia, pero esto no nos obliga a afirmar que la epilepsia sea un problema de comprensión del 'yo' o un trastorno psicológico (un error cognitivo, una inadecuada conducta verbal) sino más bien que la capacidad de dar cuenta de lo que uno hace requiere, como cualquier otra conducta, de un adecuado funcionamiento general del sistema nervioso; sin que ello signifique que el buen funcionamiento pueda, por sí mismo, explicar dicha capacidad (o cualquier otra conducta). Al modo como, por ejemplo,

## prolepsis

una lesión nerviosa puede causar parálisis en una mano, sin que eso nos diga nada acerca de la 'parálisis del guante' que podía 'sufrir' una histérica, cuyo sistema nervioso funcionaba perfectamente.

En este sentido, «el trastorno mental se vería [...] como el despliegue de una serie de acciones recíprocas entre diversos actores y no [...] como algo debido al presunto disfuncionamiento de algún mecanismo interno. Se entiende que los trastornos mentales presuponen una cultura que organiza tanto el funcionamiento normal de la vida como el mal funcionamiento cuando sea el caso» (Marino Pérez Álvarez, *La contingencia generalizada-discriminada como drama.*) [21]

Podemos establecer, pues, tres modos diferentes de decir la conciencia, que serían los siguientes:

- Capacidad de alarma (arousal): atención, alerta, exhibida por animales con sistema nervioso, con aprendizaje (conductas aprendidas) o sin él.
- Lucidez (awareness): darse cuenta del entorno, mostrada por animales con sistema nervioso desarrollado, pero no por animales con conductas innatas, sin aprendizaje.
- Autoconciencia (consciousness): darse cuenta del Mundo y percibir las propias conductas, integradas en él. Requiere lenguaje doblemente articulado.

Pero la cuestión, entonces, es que el funcionamiento de esta autoconciencia, nos remite a la cultura que será la que determine su buen funcionamiento, y nos aleja radicalmente de cualquier posible explicación reduccionista de corte neurobiológico.

Si utilizáramos aquí una escala figurada de autoconciencia, su extremo sería el insight o 'toma de conciencia', entendido, no a la manera de la Gestalt, como un descubrimiento súbito{19} sino a la manera freudiana, como una interpretación, aunque el 'material a interpretar' no haya que buscarlo en las profundidades del psiquismo sino en la profundidad del mundo (a lo lejos). Pero este material se presenta ya organizado y la propia interpretación (o interpretaciones) está dada socialmente, por lo que no puede depender de la estructura (o la función) del cerebro ni de la mera adaptación biológica a un nicho ecológico, sino que descansa en un mundo social previamente organizado (grupos, clases, instituciones). La autoconciencia, como conciencia específicamente humana, no puede ser entendida

ya de un modo subjetivo, sino trascendiendo lo individual; es, en suma, una 'conciencia objetiva':

«[...] el concepto de 'conciencia objetiva' (conciencia social, supraindividual, no en el sentido de una conciencia sin 'sujeto', sino en el sentido de una conciencia que viene impuesta al sujeto en tanto éste está siendo moldeado por otros sujetos del grupo social). Y debe ser desconectado del concepto de conciencia subjetiva, que nos remite a una conciencia individual, perceptual, distinta y opuesta a la conciencia objetiva.» [22]

En el otro extremo de la escala no estarían las conductas automáticas del epiléptico (o del sonámbulo), ni la incapacidad básica de sentir dolor o ver un objeto{20} (todo ello depende del funcionamiento correcto de otros niveles de conciencia) sino más bien la incapacidad para comprender el funcionamiento general de las cosas, la pérdida del contacto con el sentido común (el sentido de los otros), la idiotez moral. Por ello resulta tan absurdo pretender explicar lo que trasciende los cuerpos individuales, lo que está más allá de la piel, desde perspectivas reduccionistas que miran hacia dentro de ella, incluso cuando se ofrece la interacción como contrapartida.

Las explicaciones, no ya de corte neurobiológico, sino incluso las psicológicas, en el sentido estrictamente conductual-funcional del término (no en el psico-histórico) resultan insuficientes para explicar la conciencia (específica) humana, por lo que se hace necesaria una explicación que tenga en cuenta su carácter supra-individual. La conciencia se da en el conocimiento compartido con otros, es un «saber con» (cum-scire), como la define Ferrater Mora en su Diccionario de Filosofía[23]. Saber compartido y moldeado por otros incluso cuando se da «dentro de una sola persona, con referencia a los diversos hechos o actos de su vida» (ibídem). Precisamente, este carácter de la conciencia supraindividual que 'se vuelve hacia dentro', hacia uno mismo, es el que nos permite hablar de conciencia psicológica y de conciencia moral (la voz de la conciencia) pero sólo porque se reflexiona sobre los propios actos en cuanto que se ajustan mejor o peor a modelos genéricos culturales de comportamiento (psicología) o a patrones de normas y valores propios de grupos específicos (moral), sin perjuicio de que ambos tipos de reflexión puedan interseccionar o confundirse entre sí. La razón para el auge de la neurociencia o ciencia cognitiva quizá haya que buscarlo entonces en motivaciones de tipo ideológico, que escapan ya al

# prolepsis

objetivo de este trabajo. [Puede verse al respecto el artículo de Robles y Caballero anteriormente citado.]

De modo que el «concepto de yo (self) y la habilidad para utilizar este concepto para pensar acerca de uno mismo» al que hacía referencia Block, es un producto social, fruto además de una cultura muy determinada, la cultura moderna occidental. Lo que nos dota de una identidad individual, de la conciencia de uno mismo, del yo reconocible, claro y distinto, es precisamente, por decirlo con términos de la psicología conductista, el refuerzo de los otros. La identidad misma es el refuerzo social. Pero también lo social nos enfrenta a otros y, de ese modo, a nosotros mismos, en tanto que integrados y moldeados por grupos diferentes, en cuanto que sometidos irremediamente a planos contradictorios, a trayectorias contrapuestas, a desajustes, a conflictos. La conciencia no ha de entenderse entonces de un modo correlacional, como propia de un sujeto, un organismo (o un cerebro hipostasiado) que es 'consciente del entorno que le rodea', sino en un sentido relacional, entendiendo a la persona enclavada en grupos que lo someten a conflicto de modo inevitable:

«La conciencia se nos define entonces, por tanto, como ese mismo conflicto, cuando en un punto individual, se llegan a hacer presentes los desajustes o las inconmensurabilidades [...] asociados a diversos grupos, de los cuales los individuos forman parte. La conciencia es algo así como una percepción de diferencias y, por tanto, es siempre conciencia práctica (operatoria).» [24]

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] <http://www.uchile.cl/instituto/medicina/boletin/boletinxxxv>
- [2] Rodolfo Llinás (2003), *El cerebro y el mito del yo. El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humanos*, Editorial Norma, Bogotá.
- [3] [http://www.tendencias21.net/index.php?action=article&id\\_article=67982](http://www.tendencias21.net/index.php?action=article&id_article=67982)
- [4] Francis Crick (2003), *La hipótesis sorprendente. La búsqueda científica del alma*, Editorial Debate.
- [5] John R. Searle, «Los misterios de la mente I y II», artículos publicados en la revista *Vuelta*, nº 231 y nº 232, febrero y marzo 1996, México.
- [6] G. M. Edelman (1990), *Bright air, brilliant fire. On the matter of mind*, Basic Books, Nueva York. Este libro es una sistematización de las teorías de este autor, recogidas en tres libros anteriores: *Neural darwinism* (1987); *Topobiology* (1988) y *The remembered present* (1989).
- [7] Traducción de Carlos Muñoz Gutiérrez del capítulo 10 de *Wider than the sky*, (2004), «The phenomenal gift of consciousness». Yale University Press. <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/index.html>
- [8] Vicente M. Simón (2000), «La conciencia humana: integración y complejidad», *Psicothema*, vol. 12, nº 1, págs. 15-24
- [9] Francisco Abotiz, «Sincronía, conciencia y el 'problema duro' de la neuro-ciencia», *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.*, 2001; 39: 281-5.
- [10] Francisco Varela (1990), *Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas*, Editorial Gedisa, Barcelona.
- [11] R. Penrose (1996), *Las sombras de la mente*, Crítica, Barcelona.
- [12] F. J. Robles & V. Caballero, «Mentalismo mágico y sociedad telemática», *Cuaderno de materiales*, nº 18. <http://www.filosofia.net/materiales/num/num18/Mentalismo1.htm>
- [13] R. Penrose, op. cit.

- [14] John R. Searle (1996), *El redescubrimiento de la mente*, Crítica, Barcelona.
- [15] <http://symploke.trujaman.org/index.php?title=Apariencia>
- [16] N. Block (1994), «Consciousness», En S. Guttenplan (Comp.), *A Companion to the Philosophy of Mind*, Blackwell, Oxford.
- [17] N. Block (1995), «On a confusion about a function of consciousness», *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 227-247.
- [18] T. Nagel (1974), «What Is It Like to Be a Bat?», *Philosophical Review*, 83 (4) 435-450. En N. Block, O. Flanagan y G. Güzeldere (comps.), *The Nature of Consciousness*, MIT Press, Cambridge, MA.
- [19] Gustavo Bueno (1980), *El individuo en la historia. Comentario a un texto de Aristóteles*, Poética, 1451b. Discurso inaugural del Curso 1980-81, Universidad de Oviedo, pág. 79.
- [20] Gustavo Bueno, *Op. cit.*, págs. 60-61.
- [21] <http://www.metapsicologia.com/articles.php?do=viewart&id=9&cat=10>
- [22] Pelayo García Sierra, *Diccionario filosófico* [297]
- [23] José Ferrater Mora (1976), *Diccionario de filosofía*, Alianza Editorial, Madrid.
- [24] Pelayo García Sierra, *Diccionario filosófico* [302]

## NOTAS

- {1} Carlos Muñoz Gutiérrez, en un artículo en el que comenta las teorías de Edelman dice: «podemos entonces decir que una ciencia nueva ha colonizado el ámbito del saber, ha colocado a sus gentes en instituciones y ha creado hogares donde habitar. Desde muchas direcciones, a través de muchos caminos se llega a esta nueva ciudad que se ha llamado neurociencia o ciencia cognitiva. <http://apartere.com>
- {2} James Watson no le va a la zaga: en una entrevista en la BBC de Londres afirmó, sin rastro de ironía, que la estupidez humana es una enfermedad y que algún día logrará ser curada.
- {3} Se postula un factor genético de inteligencia (G de Spearman) o una 'inteligencia fluida', frente a otra 'cristalizada' o cultural (Cattell). Pero, si existiera inteligencia tal ¿cómo podría accederse a ella? Se habla de test libres de influencias culturales (matrices de Raven, por ejemplo) como si el mero hecho de responder a un test no fuese ya algo cultural. La inteligencia debe entenderse como algo normativo, relacionado siempre con diversos niveles de acceso a patrones culturales por parte de distintas personas.
- {4} Edelman le confiere a este sistema básico una 'memoria de valor', entendiendo así que la configuración primaria 'recuerda' aquello que es bueno para el mantenimiento vital del organismo. La percepción se categoriza entonces (buena/mala) antes de pasar a modificar el mapa.
- {5} También la del hemisferio cerebral derecho del hombre: si se realizara una callosotomía, debería presentar una conciencia inmediata y sucesiva, que es supuestamente la conciencia de un animal.
- {6} Para este autor, hay un 'cerebro global' que no es sólo humano sino que está tejido entre todas las especies. Una masa mental que anuda los continentes, los océanos y los cielos.
- {7} Varela impulsó un paradigma de investigación llamado «neurofenomenología», en el que intentó conciliar la investigación neurobiológica y su experiencia relacionada con la práctica budista.
- {8} Personas con lesiones en la formación reticular pueden llegar a dormir durante días.
- {9} Salvo que entendamos que un animal que se adapta adecuadamente hace 'juicios' o tiene 'ideas'.
- {10} Muchos animales no necesitan, obviamente, de la luz para desarrollar sus conductas adaptativas, pero se entiende que el concepto está construido a la escala funcional humana.
- {11} De hecho, suele ser habitual en crisis epilépticas, pero es fácil que en ocasiones se diagnostique como un trastorno psiquiátrico.
- {12} En concreto, una hipersincronización neuronal, que extiende la actividad nerviosa de unas neuronas a otras, como una mancha de aceite.
- {13} Se entiende que las situaciones de falta de lucidez o alerta son 'normales' y se presentan en muchas situaciones (tras un sueño profundo, una comida copiosa o un shock momentáneo) pero se ofrecen como patológicas cuando se hacen estables, cuando se convierten en verdaderos 'estados de conciencia'.
- {14} En palabras de Nagel: «lo-que-se-siente» (what-it's-like) (Nagel, 1974) [18]
- {15} Lo que sería mentalismo.
- {16} El concepto de 'empatía' de la psicología humanista.
- {17} Incluso cuando el observador es uno mismo: los métodos introspeccionistas de la psicofísica requerían de la comunicación verbal de lo sentido y sus resultados estaban viciados por el entrenamiento previo.
- {18} Aunque considera que cae dentro del ámbito de las explicaciones del conexionismo, la neurociencia cognitiva, &c.
- {19} Un cambio perceptivo, a partir de un cambio neurológico, fruto a su vez de un cambio físico en el entorno, en función todo ello de un isomorfismo universal postulado ad-hoc precisamente para justificar el insight
- {20} V.g.: en el blindsight o visión ciega, producida por lesiones en el área visual primaria, se pierde la conciencia de percepción visual, aunque queda cierta capacidad de discriminación no consciente

# prolepsis

## hermanas MAYORES

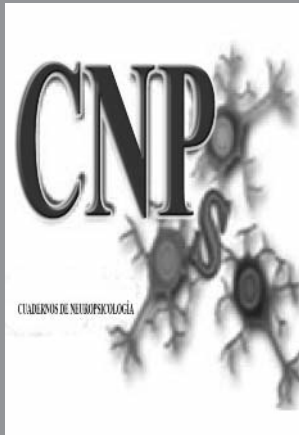
Título	Anuario de psicología clínica de la salud
Título Abreviado	Anu. psicol. clín. salud
País	España
Situación	Vigente
Año Inicio	2005
Año Terminación	9999
Tipo de Publicación	Publicación Periódica
Soporte	En línea
Idioma (s)	Español / Inglés
ISSN	1699-6410
Otros Títulos	Annuary of Clinical and Health Psychology
Temas	Psicología
Clasificación Decimal Universal	159.9
Organismo Responsables	Evaluación y tratamiento Psicológicos Universidad de Sevilla, España
Editorial	Universidad de Sevilla
Responsable	Juan Francisco Rodríguez Testal
Calle	Camilo José Cela, s/n
Ciudad	Sevilla
País Editor	España
Código Postal	41018
Email	anuarioclin@us.es
Teléfonos	34 954557813; 34 954557810
Fax	34 954557807
Indizada/Resumida en	Latindex-Catálogo Latindex-Directorio
Naturaleza de la Publicación	Revista de Investigación Científica
Naturaleza de la Organización	Institución Educativa



**El Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology es una revista editada por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Sevilla e intenta recoger todas aquellas aportaciones científicas que desde la Psicología Clínica y de la Salud puedan ser de interés para los profesionales y científicos dedicados al estudio del comportamiento humano.**

# prolepsis

## hermanas MAYORES



**CNPs es una revista electrónica editada por Neuropsicología.cl que busca el diálogo de la psicología con las ciencias biológicas y se orienta a la difusión de revisiones, reflexiones e investigaciones sobre temas relacionados, como apoyo a la formación universitaria en áreas como la psicología, neuropsicología, neurología, psiquiatría, entre otras. Su objetivo es ser una tribuna de discusión y divulgación académica en torno a los avances de la neurociencia y su integración con la psicología.**

Título	Cuadernos de neuropsicología
Título Propio	Cuad. neuropsicol.
País	Chile
Situación	Vigente
Año Inicio	2007
Año Terminación	9999
Frecuencia	Semestral
Tipo de Publicación	Publicación Periódica
SopORTE	En línea
Idioma(s)	Español / Portugués
ISSN	0718-4123
Otros Títulos	Panamerican journal of neuropsychology
Temas	Neurología, Pediatría, Psicología
Clasificación Decimal Universal	612.82
Clasificación Dewey	150
Organismo Responsable	Centro de Estudios Académicos en Neuropsicología - Neuropsicología.cl
Lugar	Chile
Editorial	Neuropsicología.cl
Responsables	Roberto Polanco - Carrasco
Calle	Valparaiso 396
Sector/Barrio/Colonia	Rancagua Sur
Ciudad	Rancagua
País Editor	Chile
Email	editor@neuropsicologia.cl; polanco.roberto@gmail.com
Enlace Electrónico Parcial	www.cnps.cl
Teléfonos	(56-09) 87163822
Indizada/Resumida	e-Revistas Imbiomed Informe Académico Latindex-Catálogo Latindex-Directorio Pepsic
Naturaleza de la Publicación	Revista de Investigación Científica
Naturaleza de la Organización	Institución Privada
Precio	Gratuita
Distribución (vías)	electronica; suscripción; por <a href="http://www.cnps.cl">www.cnps.cl</a>

# prolepsis

## C U R I O S I D A D E S

### Postfordismo y mentalismo

VICENTE CABALLERO DE LA TORRE.

**RESUMEN.**

La metáfora idónea para comprender la noción de reunión de mentes que representan el mundo es la del computador.

**ABSTRACT.**

The ideal metaphor for understanding the notion of meeting of minds represent the world is that of computer.

El Mentalismo, tal y como el profesor Robles y yo hemos tratado de exponer en algún artículo,<sup>{1}</sup> es la ideología o, mejor dicho, la instalación existencial que se comienza a perfilar como forma de conciencia contemporánea en las sociedades de la información. La pretendida naturaleza mental de los intercambios en la Red puede conducir en la práctica a la pérdida del cuerpo en la Política, la Producción y el Saber de modo que los individuos corpóreos devienen signos flotantes, sin referencias mundanas –entendiendo mundo desde un punto de vista fenomenológico o desde la ontología de la existencia heideggeriana. Las pseudo-representaciones que fluyen en Red son secuencias concatenadas de imágenes y emociones sin término de modo que se produce una recurrente alteración de la conciencia, una pérdida del mundo de la vida. No sería descabellado, como apuntábamos en aquel escrito, basar la razón del afloramiento súbito de las Neurociencias en una intención de hallar una analogía entre el ser humano y la inteligencia artificial. Se trata de hacernos creer que estamos hechos a imagen y semejanza<sup>{2}</sup> de la máquina que ha hecho posible la expansión planetaria de la sociedad de la información cuya porosidad, como estamos viendo estos días, está siendo tapada a través del derecho de autor y similares que se intentan aplicar a los códigos abiertos y a todo tipo de software libre.

El proyecto de Mathesis universalis, defendido hoy en día por muchos pensadores afines al Neoliberalismo económico y a las Ciencias cognitivas, es el horizonte de sentido para este propósito, ya que el discurso cognitivista puede llegar a la generalidad de la comunidad científica siempre que, independientemente de su especialidad, se les haga creer en el prejuicio del mundo, tal y como Merleau lo denominó y cuyo origen es el racionalismo manierista del Barroco. La viabilidad de un proyecto matematizante de esta índole, no obstante, hace ya muchas décadas que resulta muy discutible; en concreto, desde que Cantor llegó a la conclusión desconcertante de que se pueden medir conjuntos como el de los números reales, que son conjuntos infinitos actuales (no potenciales) y que algunos conjuntos son más infinitos que otros, por decirlo concisamente. Es por ello que –y aprovechando para rendir un pequeño homenaje a los olvidados de los currículos de las modalidades del ámbito científico del Bachillerato y de los que, a duras penas, nos podemos hacer cargo los profesores de Filosofía– los matemáticos constructivistas propon-

## C U R I O S I D A D E S

drán una reedificación de las matemáticas en la que no se recurra a conceptos no intuitivos, como el infinito actual, introducidos en Matemáticas desde hace unos siglos. Es decir, que el fracaso del proyecto panlogicista-reduccionista –detrás del cual, como en Penrose, se encuentra la peor manera de entender a Platón– de Russell, el Círculo de Viena, A. Ayer y afines, aboca a un grupo de matemáticos de indudable solvencia a plantear incluso la abolición de la noción de infinito en Matemáticas –recuérdese que en el inicio del cálculo infinitesimal encontramos también a Leibniz. En la actualidad, la pretensión no ha desaparecido pero prescinde partir de las Matemáticas. En efecto, si la Lógica y la Matemática –piensan algunos– no se muestran operativas para ser la Ciencia matriz– sino que son meros instrumentos del proceder científico– quizá sí sea válida la Física. El problema es que algunos –quienes, casualmente, también se entretienen en elaborar discursos acerca de Teoría económica– confundan cualquier tipo de relación con la reducción, como es el caso de J. Elster: «Los programas de investigación reduccionistas tienden a ser controvertidos. Por un largo tiempo muchos afirmaron con vehemencia que la reducción de la biología a química no podía ser, pero fue. Muchos sostienen que la sociología no puede ser reducida –al menos hoy– a psicología. Como insisto en que la acción humana individual es la unidad básica de explicación de las ciencias sociales, estoy comprometido con esta reducción.» (Tuercas y tornillos. Una introducción a los conceptos básicos de las Ciencias sociales, Gedisa, Barcelona 1996, pág. 79.)

Como es sencillo ver, el proyecto científico leibniano puede ponerse en relación con el conjunto de prejuicios que deben flotar para considerar el computador como un modelo adecuado para entender al ser humano. En efecto, las Ciencias cognitivas, son una versión tecnocientífica y fiscalista del mentalismo clásico, reconocible en Leibniz, cuyos grandes defensores se encuentran en las facultades de Física, Psicología y Filosofía de todo el mundo.

Dentro del proyecto mentalista, hay partes de cuyo vínculo con esta metáfora del computador se muestra más evidente que el de otras. Así ocurre, como hemos visto, con la intuición leibniana de que toda proposición puede reducirse al binario. Y, efectivamente –como explica Echeverría en Telépolis<sup>{3}</sup>– es el código máquina el que ha permitido que objetos fenomenológicamente tan distintos como un escrito, una composición musical, un videojuego o una imagen estática o en movimiento (los cuales requerían para su retención y reproducción artefactos muy dispares) puedan ser, a través de la reducción a un mismo lenguaje –aunque siempre medie una máquina virtual con otro idioma concebido ad hoc para la construcción de programas específicos– almacenados y reproducidos por un mismo aparato. Pero no es éste el único parentesco genealógico que puede encontrarse entre la ontología monista y espiritualista del racionalismo manierista de Leibniz y uno de los pilares sobre los que se fundamenta la idea de que lo que define a lo humano y lo social es la información. Otra filiación, también apuntada por Echeverría pero menos explorada,<sup>{4}</sup> es la que existe entre el Analysis situs leibniano, la Teoría de grafos y el desarrollo de las nuevas redes de información y comunicación que han entre-

# prolepsis

## C U R I O S I D A D E S

lazado a esos aparatos polifacéticos y que están dando lugar a un nuevo Entorno para la conducta humana. Sin adentrarnos en las características de ese nuevo Entorno –para lo cual remito al lector interesado a la lectura de Mentalismo mágico y sociedad telemática– lo que no podemos dejar escapar, desde el punto de vista del genealogista, es la vinculación existente, ya desde sus inicios, entre los modelos cibernéticos y la cultura capitalista de libre mercado tal y como Gustavo Bueno puso de manifiesto en los Ensayos materialistas. Si aplicamos el modelo metafísico de Leibniz al plano de la Economía política –podemos interpretar las mónadas como individuos perfectamente conscientes de la situación de las demás en lo que refiere a lo que éstas ofertan y demandan– vemos que la imagen que se nos da coincide a la perfección con la de la sociedad de consumo volcada sobre la satisfacción de los deseos y necesidades individuales, todos los cuales se satisfacen o bien mediante el mercado de libre competencia –en el caso de los asuntos privados– o bien mediante el mercado de la libre elección de los representantes políticos –en los asuntos públicos. La sociedad civil acaba por ser entendida como un aglomerado de individuos con la capacidad de elegir qué comprar o a quién votar. Como vemos, la metafísica representacionista monista y reduccionista propia del racionalismo manierista no está al margen del origen, que se produjo entonces, de la sociedad de mercado y de la democracia parlamentaria, las cuales no se entienden la una sin la otra. De modo que el mentalismo puede ser entendido desde su inicio como ideología de elites comprensiva con el capitalismo emergente. De modo que las bases de su triunfo pueden cifrarse en este aspecto más que en su verdad intrínseca, absolutamente inexistente por tratarse de una posición filosófica aporética en virtud de sus presupuestos representacionales.{5}

La pregunta que ahora cabe hacerse es a qué estado de cosas favorece hoy la resurrección de esta ideología de elites. Y la respuesta que cabe dar es la siguiente: a un capitalismo surgido tras la desaparición del Telón de acero y cuya característica fundamental es una nueva forma de gestión que, para ser comprendida, pide la sustitución, dentro de los esquemas marxistas, de la fuerza proletaria por la nueva figura económico-política del operario vinculada, pero no totalmente identificable, con el trabajador autónomo.{6} Precisamente es esta figura del operario la que está en la juntura de los tres ejes –Producción, Significación y Dominación– del campo antropológico tal y como nosotros los entendemos. Esto no es nuevo, ya lo han señalado Negri y Lazzarato, en especial cuando analizan la figura de Benetton. Merece la pena reproducir sus palabras ya que dan un perfil meridianamente claro de la cuestión: «El hecho de que este nuevo emprendedor –para Negri y Lazzarato ni Berlusconi ni Benetton son manipuladores mediáticos, como les califica la izquierda tradicional, sino auténticos pioneros– utilice la comunicación como modalidad estratégica de comando y desorganización debe solamente hacernos entender que se entró en otro paradigma, en el cual la relación entre lo económico, social y político, está modificada. [...] Para no confundir lo hábitos mentales de los hombres de izquierda, podemos decir que se establece una nueva relación entre la producción, la distribución y el consumo. Para Benetton, la extracción de la plusvalía no será más un resultado directo del trabajo, al contrario, la explotación es organizada por las pequeñas y

## C U R I O S I D A D E S

medias unidades productivas, o se trata de explotación auto-organizada por parte de los individuos empresa.»{7}

En otro lugar{8} se ha tratado de estos individuos-empresa a los que se ha denominado trabajadores incorpóreos y se han explicado las distintas modalidades de los mismos. Lo que aquí, no obstante, interesa recalcar es que se trata de profesiones que tienen que ver, fundamentalmente, con los servicios a las empresas en el contexto del fomento de la liberalización, la competencia y, sobre todo, en las labores que conciernen a la generación de expectativas y a la creación de ambientes mentales idóneos para el consumo participativo –generador de estilos de vida y de autoimágenes– dentro del proceso general, fácil de reconocer por cualquier observador un poco avisado, de transformación del ciudadano y espectador en cliente. Todo este proceso forma parte de la época post-taylorista: un proceso que, visto desde la cara de la clase detentadora, consiste en que el empresario alcanza el poder mediático y el político y que mirado desde el envés –o la cruz, si se quiere– de la clase trabajadora, se caracteriza por la reforma de la actividad sindical de modo que los nuevos operarios del sector servicios tuvieran cabida y protección: la forma en que esto se produjo tuvo como médula espinal no a los macro-proyectos de las grandes centrales –a los cuales deberían plegarse los trabajadores– sino al operario mismo, ante cuyas nuevas necesidades debía reestructurarse no sólo la actividad sino el mismo organigrama de los grandes sindicatos horizontales. Pero este post-taylorismo está pasando por una nueva fase, desde 1989 hasta hoy. Una fase que Lazzarato y Negri califican de nuevo paradigma en el cual se está dando una modificación de la Producción, la Significación y la Dominación, como estos mismos autores señalan. ¿Pero en qué consiste esa modificación? La respuesta es: La modificación radica en la confusión de los tres ejes del campo antropológico cuya raigambre es de naturaleza psicológico-mentalista y viene favorecida por el entorno telemático involucrado en las nuevas formas productivas. Un entorno que, por todo lo expuesto anteriormente, propicia esta forma psicologista desde la cual ver el mundo y entender la propia existencia a la que nosotros hemos denominado mentalismo mágico y a la que hemos definido como una forma de conciencia que tan sólo se nutre de una suerte de maná que consiste en el sucederse de un flujo de significantes –imágenes y expresiones– suspendidos, colgados, en el entorno virtual y que congelan el tiempo biográfico dado que no remiten ni a un pasado ni a un futuro sino al presente continuo de su propia retroalimentación.

Wiener, discípulo de Russell, en su obra *Cibernética y Sociedad*, define la libertad como incertidumbre entendida en términos informacionales. De modo que la libertad desaparece si se extingue la incertidumbre. La perfección comunicativa, es decir, la desaparición de la incertidumbre, supone la instantaneidad en el envío de mensajes. Como es sabido, la velocidad de la luz no es infinita sino que hay un lapso de tiempo desde la emisión hasta la llegada. Sin embargo, cuando hablamos de recorrer el globo terrestre la distancia es tan despreciable que, en términos prácticos, puede considerarse esta velocidad como equivalente a infinito de modo que el intervalo temporal del recorrido es igual a cero.

# prolepsis

## C U R I O S I D A D E S

Como señala Bueno{9} en Ensayos materialistas, comentando a Wiener, la necesidad de contar con el factor tiempo podría considerarse como elemento clave para probar que un sistema social o político no puede regularse desde la armonía preestablecida. Y, desde luego, esto es así cuando no existe un Entorno en el mundo en el cual sea posible reducir el tiempo a cero –el teléfono y el fax no pasaban de ser meras herramientas, utilísimas, sin duda, pero que en ningún caso proporcionaban lo que denominamos un Entorno. Pero hoy, treinta años después, ese Entorno existe aunque, por supuesto, sólo sea un Entorno más del mundo fenomenológico, junto a la Naturaleza y la Ciudad, como explica Echeverría.{10}

¿Cuál es el problema, entonces? Desde luego, el mundo real, tridimensional y operativo no ha desaparecido ni va a cesar en ningún momento –incluso en la peor pesadilla apocalíptica al estilo Matrix permanece uno de los dos entornos restantes: el de la organización social de los efectivos sujetos corpóreos, es decir, Sión o la Ciudad– pero sí que puede conducirse a las elites y a la ciudadanía en general –a través de la Educación obligatoria universal mediada por la Psicopedagogía de nuevo cuño y por licenciados en Ciencias acrílicos con su propio prejuicio del mundo– a hacerles pensar que todos los tres Entornos se caracterizan por pertenecer a una misma forma de acceso al mundo: la representación por parte de la mente de una serie de inputs procedentes de una sustancia ahí fuera (donde estaría incluso el propio cuerpo) que se define en virtud de términos puramente fisicalistas y en lenguaje matemático –sobrentendiendo en todo momento que los otros discursos científicos podrán reducirse en un momento dado a tales términos. La metáfora idónea para comprender esta noción de reunión de mentes que representan o reproducen el mundo es la del computador en su doble vertiente hardware-software. ¿Y qué otra cosa llevan haciendo las Ciencias cognitivas desde su origen que reproducir esta metáfora?

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

{1} Francisco José Robles & Vicente Caballero, «Mentalismo mágico y sociedad telemática», en la revista Cuaderno de materiales, nº 18, publicación de la Facultad de Filosofía de la UCM (páginas 21-34), e ídem «Mentalismo», accesible también desde: [www.filosofia.net/materiales](http://www.filosofia.net/materiales)

{2} Véase de Francisco José Robles Rodríguez, «Experiencia fenoménica versus representación computacional», en Terminología científico-social. Aproximación crítica, Anthrops, Barcelona 1991, páginas 232-238.

{3} Publicada por Destino en Barcelona 1994.

{4} Vicente Caballero de la Torre, Redes, lógicas no clásicas y neuronas. De los límites de la matematización más allá de la Física [en preparación].

{5} Francisco José Robles Rodríguez, Para aprehender la Psicología, Siglo XXI de España, Madrid 1996. Véase también, del mismo autor, el artículo «Acerca de la naturaleza aporética de las psicologías cartesianas o representacionales», en la revista El Basílisco, nº 12, Oviedo, verano de 1992, páginas 61-68.

{6} Cuyas coberturas sociales en el Sistema de la Seguridad Social de nuestro país han sido ampliadas recientemente en Consejo de Ministros, lo cual ha generado una polémica sobre el finis operantis supuestamente electoralista de tal medida –lo que nos pone en la pista del gran volumen de autónomos actualmente existente; un volumen que ha aumentado por el fomento del trabajo incorpóreo (véase nota siguiente) que se acoge a la figura contributiva y fiscal del trabajador autónomo.

{7} «Estrategias del emprendedor político», en Futur Antérieur, nº 23 y nº 24 (París 1994)

{8} «Operarios y mercancías incorpóreas» [en prensa], publicación a cargo de la Sociedad de Filosofía de la Región de Murcia con motivo del Congreso Filosofía y cuerpo: debates en torno al pensamiento de Gustavo Bueno (Murcia, 10-12 de septiembre de 2003) en el que el autor del presente artículo presentó la comunicación «Sobre el trabajo incorpóreo».

{9} Gustavo Bueno, Ensayos materialistas, Taurus, Madrid 1972, páginas 130-136.

{10} Los señores del aire. Telépolis y el tercer entorno, Destino, Barcelona 1999.



**Fundación  
Huarte de San Juan**

para el fomento de la Psicología

## prolepsis



SUSCRIPCIÓN ANUAL  
NACIONAL 30 euros

Remitir en sobre a:  
COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE  
CASTILLA Y LEÓN.  
C./ Divina Pastora, 6 - Entreplanta  
47004 VALLADOLID.

Tfno.: 983 21 03 29  
**dcleon@correo.cop.es**

nombre y apellidos

nif

dirección

código postal y población

forma de pago/ domiciliación  
bancaria banco/caja

nº de cuenta

nombre del titular

deseo factura

firma:

1. A la revista de Psicología Prolepsis podrán enviarse trabajos inéditos desarrollados en el ámbito general de la psicología, tanto en su vertiente teórica como aplicada. La revista aceptará revisiones actualizadas, informes de investigación, experiencias e intervenciones profesionales y reseñas, tanto de libros como de congresos y jornadas científicas y/o profesionales. (Ver normas específicas para la publicación de estos últimos tipos de informaciones en el apartado 13).

**2. Los trabajos se dirigirán a Prolepsis, Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León, c/ Divina Pastora, 6 – Entreplanta. 47004 Valladolid. Con la recepción del trabajo la redacción de Prolepsis acusará recibo del mismo. Los trabajos que no cumplan las presentes normas serán devueltos a sus autores.**

3. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 20 folios mecanografiados a doble espacio (equivalente a 40.000 caracteres). Se presentarán usando procesador de textos Word y adjuntando un CD en el que se especifique el título del/los archivo/s. De cada trabajo deberán enviarse original y tres copias escritas.

4. En información aparte deberá figurar: a) Título del artículo en castellano y en inglés; b) Nombre, apellidos, titulación de cada autor (en esta información podrá incluirse categorías profesionales, Universidades u otras instituciones de pertenencia...); c) Nombre, teléfono y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito. En su caso, podrá indicarse una dirección de correo electrónico.

5. Al comienzo del trabajo deberá aparecer un resumen del mismo (150 palabras como máximo) en español e inglés. También se incluirá, en ambos idiomas, un listado de palabras clave (máximo 10).

6. Deberán presentarse originales de calidad de todas las ilustraciones (dibujos, figuras y gráficos); no se aceptarán fotocopias. Las ilustraciones vendrán separadas del texto y numeradas correlativamente, indicándose con claridad en el propio texto el lugar que ocuparía cada figura y acompañados del texto de pie correspondiente.

7. Las notas a pie de página, cuando sean imprescindibles, se señalarán con claridad en el texto.

8. Los trabajos empíricos o informes de investigación, deberán presentarse conforme a los apartados de introducción, método, resultados y discusión o conclusiones. En los restantes trabajos ha de procurarse una presentación clara, estructurada y organizada en diferentes apartados, debiéndose cuidar especialmente la sintaxis y redacción de los mismos.

9. Las citas bibliográficas se intercalarán en el texto con el apellido del autor y el año de la edición del original entre paréntesis. En el caso de reproducirse alguna cita textual, habrá de especificarse necesariamente el número de la página del texto en que se encuentra. Todos los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente lista de referencias bibliográficas.

Todas las referencias citadas en el texto deben aparecer en la lista y viceversa. Las referencias, presentadas por orden alfabético, se ajustarán a los formatos siguientes:

a) Libros: Apellido/s, inicial/es del o los nombres. Año de publicación entre paréntesis. Título de la obra en cursivas. Lugar de publicación: Nombre de la editorial. Ejemplo: Rodrigo, M.J. y Amay, I. (Comps.) (1997). *La construcción del conocimiento escolar*. Barcelona: Paidós.

En el caso de que el libro referenciado sea una traducción, debe indicarse, tras la inicial del nombre del autor y entre paréntesis, el año de publicación original, apareciendo al final de la referencia el año de publicación de la traducción. Ejemplo: Karmiloff-Smith, A. (1992). *Más allá de la modularidad: la ciencia cognitiva*

desde la perspectiva del desarrollo. Madrid: Alianza Ed., 1994.

b) Referencias extraídas de artículos de revista: Apellido/s, inicial/es del o de los nombres. Año de publicación entre paréntesis. Título del artículo. Nombre completo de la revista en cursivas, número del tomo en cursivas, y, entre paréntesis, número del volumen en cursivas, números completos de la primera y última página del artículo. Ejemplo: Moreno Rodríguez, M.C. (1996). La persona en desarrollo: una reflexión acerca de la continuidad y el cambio en la definición de las trayectorias de vida. *Apuntes de Psicología*, 47, 5-44.

c) Capítulos de libros: Apellido/s, inicial/es del o de los nombres. Año de publicación entre paréntesis. Título del capítulo, iniciales y apellido/s del editor o recopilador. Título del libro en cursivas. Números de primera y última páginas del capítulo. Lugar de publicación: Nombre de la editorial. Ejemplo: De la Mata, M.L. (1993) Estrategias y acciones de memoria. En J.I. Navarro (Coord.). *Aprendizaje y memoria humana*. (pp.277-301) Madrid: McGraw-Hill.

Cuando sean varios los autores de un trabajo, deben aparecer referenciados los apellidos e iniciales de los nombres de todos ellos.

10. Los trabajos que cumplan las normas expuestas hasta el punto 9, serán enviados de manera anónima a, como mínimo, dos revisores de la especialidad correspondiente de entre los que componen el Consejo Editorial de Prolepsis. Los comentarios realizados por los revisores servirán de directriz para la aceptación, rechazo, o sugerencias de modificación de un trabajo. Los autores de trabajos que requieran alguna modificación para ser publicados, recibirán por correo las oportunas sugerencias.

11. Por cada trabajo publicado, Prolepsis entregará al primer autor 2 ejemplares del correspondiente número de la revista así como 1 ejemplar a cada uno del resto de los firmantes del artículo.

12. Reseñas bibliográficas. Indicar título de la obra en el idioma original, lugar de publicación, editorial y fecha. En caso de tratarse de una traducción al español, además de los datos anteriores, indicar título en castellano, lugar de publicación, editorial, fecha y nombre del traductor de la versión española. Es optativo del autor de la reseña dar un título general a su información sobre la obra revisada. La extensión aproximada de la reseña será de cinco folios mecanografiados a doble espacio. Indicar nombre y apellidos, domicilio, teléfono/s de contacto y lugar de trabajo del autor de la reseña.

13. Información sobre encuentros profesionales y científicos. La extensión aproximada será de dos folios mecanografiados a doble espacio. Reseñar nombre de la convocatoria en español e inglés, lugar y fecha de celebración y entidades o instituciones organizadoras. Enumerar las conferencias, mesas redondas, etc., más relevantes y los nombres de sus ponentes. En su lugar, resaltar la asistencia de personalidades de prestigio científico y/o profesional que hayan participado. Resumir brevemente aquellos aspectos del contenido que, a juicio del autor de la información, se consideran más importantes. Si el encuentro es de ámbito internacional, insertar un breve análisis estadístico de la participación española y, si es de carácter nacional, de la participación andaluza. Conclusiones generales y perspectivas de futuro. Nombre y apellidos, domicilio, teléfono y lugar de trabajo del autor de la información.

14. La redacción de Prolepsis se reserva el derecho de publicación de un artículo en el número de la revista que considere oportuno.

15. Prolepsis no acepta ninguna responsabilidad sobre los puntos de vista y datos de los autores en los trabajos publicados.

# Conviértete en un profesional de éxito

Curso 2012-2013 Matrícula abierta

## Área de Psicología Clínica

### Másters

- Psicología Clínica y de la Salud *108ª edición*
- Psicología Clínica Infantojuvenil *28ª edición*
- Psicología Forense *9ª edición*
- Neuropsicología Clínica *10ª edición*
- Sexología Clínica y Terapia de Parejas *29ª edición*
- Neurorehabilitación **Nuevo**
- Neuropsicología Infantil **Nuevo**
- Máster en Alto Rendimiento y Coaching Deportivo **Nuevo**
- Máster en TDAH **Nuevo**

## Área de Psicopedagogía

### Másters

- Intervención en Dificultades del Aprendizaje *92ª edición*
- Musicoterapia *44ª edición*
- Máster Internacional en Psicomotricidad. Intervención educativa y terapéutica *4ª edición*
- Intervención en Psicología de la Educación *5ª edición*
- Atención Temprana. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento *19ª edición*
- Terapias Artísticas y Creativas **Nuevo**

## Área de Logopedia

### Másters

- Patologías del Lenguaje y el Habla *91ª edición*
- Logopedia Clínica (Neurologopedia) *44ª edición*
- Logopedia Educativa *7ª edición*

Infórmate  
del programa  
ISEP LIDERA



ISEP MADRID

Raimundo Lulio, 3, 4ª planta  
28010 Madrid

Síguenos en:



isep.es

91 539 90 00

isep