

**1.**  
**Relaciones interpersonales.**  
**Generalidades**



# Índice

Introducción .....	9
Objetivos .....	10
1. Las relaciones interpersonales son una necesidad básica .....	11
1.1. Necesidades básicas .....	12
1.1.1. Necesidades afectivas .....	13
1.1.1.1. Necesidad de contacto físico .....	13
1.1.1.2. Necesidad de intimidad .....	15
1.1.1.3. Necesidad de pertenencia .....	16
1.1.1.4. Necesidades afectivas y relaciones a lo largo del ciclo vital .....	17
1.2. Necesidades básicas del enfermo (modelo de enfermería de Virginia Henderson) .....	18
2. Las relaciones interpersonales determinan nuestra personalidad y viceversa .....	20
2.1. Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson .....	22
2.1.1. Confianza básica/desconfianza básica .....	22
2.1.2. Autonomía/duda .....	25
2.1.3. Iniciativa/culpa .....	28
2.1.4. Inventiva/inferioridad .....	31
2.1.5. Identidad/confusión de carácter .....	33
2.1.6. Intimidad/aislamiento .....	35
2.1.7. Generatividad/estancamiento .....	36
2.1.8. Integridad/desesperación .....	38
2.2. Teoría del apego de Bowlby .....	39
2.3. Teoría del aprendizaje social de Bandura .....	42
3. Los procesos cognitivos influyen en nuestras relaciones interpersonales .....	46
3.1. Funciones cognitivas .....	46
3.2. Características del funcionamiento cognitivo .....	48
3.3. Percepción social .....	52
3.4. Atribución causal .....	55
4. La vida afectiva influye en las relaciones interpersonales .....	59
4.1. El deseo influye decisivamente en nuestras relaciones interpersonales .....	59
4.2. El estado afectivo influye en las relaciones interpersonales .	64

5. Tipos de relaciones interpersonales . . . . .	65
5.1. Relaciones íntimas/superficiales . . . . .	65
5.2. Relaciones personales/sociales . . . . .	66
5.3. Relación amorosa . . . . .	67
6. Estilos de relación . . . . .	68
7. Conclusión . . . . .	71
Resumen . . . . .	72
Actividades . . . . .	73
Ejercicios de autoevaluación . . . . .	74
Glosario . . . . .	75
Bibliografía . . . . .	76

## Introducción

Las relaciones interpersonales son una necesidad para los individuos.

Hay una serie de factores que influyen en las relaciones interpersonales. Las más importantes son la personalidad, las funciones cognitivas, el deseo y el estado afectivo.

La personalidad se crea en las relaciones y sólo puede ser modificada en el seno de las mismas.

La relación profesional de la salud/enfermo es una relación especial. No es superficial, pero tampoco es íntima. Siendo algo intermedio, el profesional de la salud se coloca a diferente distancia, dependiendo de la personalidad y necesidades del mismo. Se trata de una relación personal, no de una relación social. La persona que tenemos ante nosotros es una, única e irrepetible.

Se habla de estilos de relación, porque se ha constatado que hay diferencias en el estilo de relacionarse de las personas. El estilo de relación está muy relacionado con la personalidad y es un estilo aprendido. Es conveniente que los profesionales de la salud desarrollen el estilo asertivo.

## Objetivos

- Constatar que las relaciones interpersonales satisfacen necesidades afectivas de las personas y que no es lícito por parte del profesional de la salud, intentar satisfacerlas en el seno de la relación profesional de la salud/enfermo.
- Conocer la influencia de los procesos cognitivos y afectivos en las relaciones. Conocer asimismo, las bases de la percepción social y atribución social.
- Conocer las necesidades personales.
- Conocer las expectativas y temores propios relacionados con la profesión, para detectar el deseo subyacente.
- Percatarnos de que no podemos esperar satisfacer nuestras necesidades personales en la relación con el enfermo.
- Conocer cuál es el estilo de relación propio y percatarse de la importancia de desarrollar el estilo asertivo de relación.

## 1. Las relaciones interpersonales son una necesidad básica

El hombre es una especie gregaria, que vive en grupos y que en situaciones normales está involucrado en una gran cantidad de relaciones interpersonales.

Filogenéticamente el vivir en grupo es una de las características que le han hecho exitoso como especie, permitiéndole subsistir y seguir desarrollándose. La cultura, las civilizaciones, el desarrollo del conocimiento y el desarrollo tecnológico no serían posible si el hombre no viviera en grupos.

Los principales logros de la especie humana son la inteligencia y la cultura.

Ello ha sido posible gracias a:

- Bipedestación -> Liberación de las extremidades superiores
- Lenguaje
- Gregarismo ---> Cultura.

El hombre a diferencia del resto de los animales utiliza dos tipos de comunicación:

- La comunicación verbal.
- La comunicación no verbal.

La comunicación no verbal, la más antigua, es similar a la que utilizan los animales. Los gestos, olores desprendidos... emiten señales que informan al resto. Se emite información acerca de la relación. Se entiende inmediatamente el mensaje y a menudo no somos conscientes de que lo hemos hecho.

La comunicación verbal se refiere al lenguaje. A través del lenguaje expresamos nuestros pensamientos y sentimientos a los demás. Se trata de un

sistema de señales arbitrario (convencional) dotado de significado en el entorno en que se utiliza. Gracias al lenguaje, el hombre salió de su aislamiento y compartió las ideas con los demás. Gracias al lenguaje y al gregarismo, los logros a nivel del conocimiento se van acumulando y transmitiendo de generación en generación. En el exterior se va acumulando una gran cantidad de información que se va transmitiendo de generación en generación y que un individuo aislado nunca podría captarlo ni transmitirlo.

Más allá de que el vivir en grupo sea una ventaja evolutiva, el hombre como individuo necesita desde el principio de las relaciones interpersonales. La mayoría de las alegrías y de las penas de los humanos provienen de sus relaciones interpersonales. Aún desde un punto de vista negativo, en que las relaciones no sean más que fuente de malestar y sufrimiento, la necesidad de relacionarse se ha demostrado como una de las necesidades básicas del hombre y las relaciones una vía importante de recobrar el bienestar. Por lo tanto, vivir en grupo y relacionarse con los semejantes no es solo ventajoso, sino que es necesario.

### 1.1. Necesidades básicas

Entre las necesidades básicas del ser humano cabe destacar:

- Necesidades fisiológicas: respirar, comer, beber, dormir.
- Necesidades afectivas:
  - Necesidad de contacto físico.
  - Necesidad de intimidad.
  - Necesidad de pertenencia a grupo.

Las necesidades afectivas han de satisfacerse desde el comienzo de la vida. Si no se cubren, puede haber consecuencias negativas para la persona. Cuanto antes sea el déficit en el curso de la vida, mayor es el efecto del mismo sobre la persona. El efecto es afectivo y repercute en la personalidad. No obstante, en los niños pequeños puede costarles la vida.

- Spitz describió casos de privación afectiva en orfanatos que acababan con la vida de los niños. En esos orfanatos los niños tenían suficientes cuidados físicos. Una enfermera se encargaba del cuidado de una veintena de niños, dándoles de comer, manteniéndolos cómodos

Spitz, R. *El primer año de vida del niño: génesis de las primeras relaciones objetales*. Aguilar, Madrid 1966.



en sus cunas y manteniendo una temperatura adecuada en la habitación. No obstante, esa enfermera no disponía del tiempo suficiente para jugar con todos los niños, ni de acariciarlos uno a uno. Para los niños pequeños son tan importantes como la comida, el contacto físico y la estimulación sensorial.

- El déficit afectivo es el causante así mismo de patología a lo largo de la vida (tanto patología mental como física).
- Se ha observado que el escaso apoyo social se relaciona con más patología de todo tipo y peores evoluciones en los enfermos. Todos tenemos que afrontar una serie de retos y dificultades a lo largo de la vida. El apoyo social es un recurso más, muy importante, del que disponemos para afrontar esos retos y dificultades.

#### 1.1.1. Necesidades afectivas

Hemos comentado que las necesidades afectivas son tres: necesidad de contacto físico, necesidad de intimidad y necesidad de pertenencia a grupo. No satisfacer esas necesidades genera enfermedad mental y aislamiento.

##### 1.1.1.1. Necesidad de contacto físico

Un niño pequeño satisface las necesidades de contacto físico con las caricias y abrazos de sus padres y familiares. Si no se trata de familias especiales, es raro que el niño tenga carencia de las mismas. Si los profesionales de la salud observásemos situaciones de carencia convendría intervenir, puesto que se trata de un alimento tan importante para el bebé como la leche.

Harlow realizó una investigación muy curiosa con monos. Separaba crías de mono de sus madres y las encerraba en una jaula con un mono de metal que les alimentaba a través de un biberón. En una jaula contigua ponían un muñeco de trapo con forma de mono. Las crías preferían estar abrazados al mono de trapo. Las crías que no disponían de la madre de trapo se deprimían y eran más frías y asustadizas en las relaciones posteriores. Quedó demostrado que el contacto físico era una necesidad básica.

Los niños precoces son un caso especial. Por la inmadurez, no son capaces de responder a los estímulos que se les proporciona, lo que desmoraliza a los padres para interactuar con ellos. Los profesionales de la salud estaremos atentos y animaremos a los padres a que sigan interactuando con el bebé. Son momentos decisivos.

En el postparto algunas mujeres tienen depresión postparto. Esas madres no suelen tener ganas de estar con el bebé. Conviene implicar de alguna manera a todos los familiares. Nuestra función será la de educar a los familiares.

Harlow, H.; Lebovici, S.;  
Bowlby, J.; Spitz, R.; Zazzo, R.  
*La vinculación.*  
Marfil. Alicante 1977.

Al comienzo de la vida lo táctil tiene mayor peso que la intimidad y que la pertenencia a grupo. Los niños pequeños tienen necesidad de ser tocados porque:

- Es una manera de satisfacer las necesidades afectivas.
- Porque los tranquiliza.
- Porque es fuente de estimulación sensorial.

Para el desarrollo de los niños es fundamental la estimulación sensorial. Los niños con déficit de estimulación sensorial sufren retrasos en el desarrollo.

A medida que crecemos la necesidad de contacto físico pierde peso, pero nunca pierde importancia. Ser tocados es una de las sensaciones más necesarias que tenemos, y a menudo, algo descuidado en el cuidado de algunos enfermos (por ejemplo ancianos).

Un anciano viudo estaba ingresado en el hospital. No tenía ni hijos ni nietos. Sólo tenía dos hermanas y unos sobrinos. Le visitaban a menudo, pero como sucede en muchas casas de aquí, la afectividad no se expresaba por medio del contacto físico. El abuelo estaba triste. Nadie le había tocado ni acariciado hacía mucho tiempo. Los sobrinos no podían sospechar que aquel tío tan tosco, pudiera necesitar algo así. Tampoco se percataban de que ser tocados es una necesidad fundamental de todas las personas. Al preguntarles si ellos requerían del contacto físico, respondieron que no. No se percataban que ellos las tenían cubiertas en la pareja y con los hijos. Como sucede a menudo, no nos damos cuenta de qué importantes son algunas cosas, hasta que nos faltan.

Todos necesitamos del contacto físico, sobre todo cuando sufrimos indefensión. Esa es una sensación muy habitual en niños, ancianos y en los enfermos. En nuestra sociedad actual es frecuente ver en esa situación a ancianos y a adultos aislados.

Muchos enfermos hospitalizados, están atemorizados y tienen sentimientos de indefensión. El contacto físico los tranquiliza.

En los niños pequeños es posible observar este fenómeno. Cuando tienen miedo se aferran a la madre.

Tal vez en los hospitales los profesionales de la salud deberíamos de tocar más (tampoco demasiado). Sobre todo estaría bien que instruyésemos a los familiares de lo importante que es para el enfermo en esa situación, ser tocado.

### 1.1.1.2. Necesidad de intimidad

Las relaciones íntimas son fuente importante de apoyo, nos ayudan mucho y nos dan seguridad. Gracias a ellas, no nos sentimos solos.

Los niños tienen las relaciones íntimas fundamentalmente en la familia.

Primero tienen una relación muy íntima con la madre, y o con el cuidador principal. Esta primera relación es una de las más importantes de nuestra vida. Puesto que se trata de la primera relación, modela al niño. Le enseña una forma de relación, un estilo de relación. Los teóricos del apego han llamado apego a esta primera unión. Esa primera relación íntima da seguridad al niño. Cada vez que tiene miedo se acerca y agarra a esa persona. Cuando está con ella se siente seguro y se lanza a explorar “el mundo”. Con miedo no es posible explorar “el mundo” ni establecer nuevas relaciones.

Esta primera relación es fundamental puesto que es modelo de relaciones íntimas posteriores.

El niño establece después relaciones íntimas con otros miembros del hogar y de la familia, y después en la calle con los amigos.

En la edad adulta la relación íntima por excelencia la constituye la pareja. No obstante no es la única, los buenos amigos también constituyen relaciones íntimas.

Mientras tanto, el niño deja el hogar y busca relaciones íntimas fuera de casa. En la adolescencia parece que las relaciones íntimas del hogar se desvanecen. El adolescente no quiere tener el contacto físico que tenía antes con los padres. Incluso rechazan muestra de afecto como caricias (¡las de los padres claro!). Prefiere no hablar con ellos de algunos temas importantes para él. No obstante, los padres siguen siendo figuras muy importantes. Para las cosas más importantes sigue contando mucho con los padres. Mientras tanto, en la calle, el grupo de amigos cobra gran importancia, y se busca intimidad en una pareja.

Los ancianos pierden muchas relaciones debido a los fallecimientos. Van perdiendo relaciones íntimas muy importantes en sus vidas: pareja, amigos... Muchos acaban solos. Para muchos, la familia es el último soporte que les queda, y es la única fuente de donde pueden recibir contacto

físico e intimidad. Algunos, por cultura familiar, es posible que hayan tenido poca intimidad entre ellos, y se quedan solos en compañía.

En las ciudades cada vez hay más gente sola, sin apenas relaciones íntimas. Por lo visto, las ciudades se inventaron para no tener miedo y estar acompañados, y hoy día cada vez hay más gente asustada y sola en las ciudades.

### **1.1.1.3. Necesidad de pertenencia a grupo**

La familia es el primer grupo en la vida de las personas y uno de los grupos hacia los que mayor pertenencia se desarrolla. Puesto que es el primer grupo de nuestra vida, tiene mucha influencia en nuestra forma de relacionarnos. Es en el seno de la misma donde adquirimos el primer rol en este teatro que es la vida. El rol adquirido, el estilo de comunicación aprendido allí, el estilo de relación aprendido allí, en definitiva, las habilidades relacionales desarrolladas en nuestra familia, son repetidas en el seno de los nuevos grupos a los que nos incorporamos. ¿Por qué? Porque eso es lo primero que hemos aprendido y porque tendemos a hacer lo que sabemos.

La pertenencia a grupo es fundamental desde la infancia, puesto que nos da identidad (identidad social). Primero somos de nuestra familia, luego de un grupo de amigos y luego de varios grupos.

El sentimiento de pertenencia a grupo es muy importante a lo largo de toda la vida. Ser miembro de un grupo nos da seguridad. Además, es fuente importante de apoyo. Se ha visto que las personas con más apoyo social viven mejor, son más felices, se enfrentan mejor a los retos, y evolucionan mejor cuando están enfermos. El no pertenecer a un grupo social, supone el aislamiento social.

Se ha observado que las personas con menor apoyo social tienen más enfermedades mentales.

El grupo cobra gran protagonismo en la adolescencia. El principal reto del adolescente es el construir su identidad. En ese gran reto, el grupo le da identidad. El adolescente busca su identidad, no la de casa. Ahí, el grupo le presta gran ayuda. El soltarse de casa requiere gran ayuda. Al adolescente el grupo le proporciona esa ayuda necesaria.

Ser miembro de un grupo proporciona gran apoyo. No obstante, el grupo también exige. Por eso hay conflictos en los grupos. Como miembros de un grupo, estamos supeditados a las relaciones con otros grupos que mantiene nuestro grupo.

Algunos enfermos tienen una escasa red social. Viven casi aislados, y no pertenecen a ningún grupo. Cuando enferman, tienen escaso apoyo y evolucionan peor. Suelen recibir ayuda de los servicios sociales. Los profesionales de la salud podemos dirigir al enfermo a los servicios sociales de la comunidad.

#### **1.1.1.4. Necesidades afectivas y relaciones a lo largo del ciclo vital**

La primera relación de nuestra vida se da con la madre (o con el cuidador principal). Desde algunos puntos de vista se trata de una relación íntima y exclusiva. Aunque no sea exclusiva, es cierto que la relación que se establece entre el bebé y el cuidador principal es especial. Hasta estos momentos esta figura de cuidador principal era la de la madre. Es posible que se dé esta relación con varias personas, pero la relación siempre es a dos: el bebé con otro.

Hay que señalar que el bebé no está capacitado cognitivamente para reconocer al cuidador principal hasta los seis meses. Mientras que se le satisfagan adecuadamente las necesidades, el niño no tiene preferencias para unas u otras personas. Sin embargo conviene que siempre sean las mismas personas: a los niños las rutinas les vienen muy bien. Los cuidados proporcionados por diferentes personas, son distintos.

Esa primera relación será trascendental en la vida del niño: repercutirá en su personalidad. Aprenderá un estilo de relación, se constituirá una forma de apego, y eso marcará la personalidad.

Después, de esa relación de a dos, se pasará a otra de a tres o más (padre, hermanos...). El niño aprenderá a vivir en grupo. Puesto que el primer grupo es la familia, aprenderá en el mismo, el estilo de relación, el estilo de comunicación, el rol que va a jugar, ... Aprenderá una forma de relacionarse muy relacionada con su personalidad. Al incluirse en otros grupos, desarrollará el rol aprendido, y establecerá las relaciones como ha aprendido. Se sentirá más cómodo en los grupos que funcionen como el único grupo que conoce, su familia.

Al salir de la familia, el reto del joven adulto consiste en abrir relaciones íntimas fuera del hogar. Según Erikson, si el joven no lo consigue, caerá en el aislamiento. La pareja y los amigos son las relaciones íntimas del adulto. Se pierde la intimidad del hogar (no del todo) y se abre una nueva relación íntima con miembros fuera del hogar.

Los adultos satisfacen sus necesidades de contacto físico y de intimidad sobre todo en la pareja. Los niños en el hogar. Desde este punto de vista, en nuestra sociedad son los adolescentes, los adultos aislados y los ancianos los que mayor probabilidad tienen de tener carencias afectivas.

Para terminar, vamos a señalar desde el punto de vista de Erikson cuáles son las personas importantes en los diferentes momentos de la vida:

- 1.<sup>er</sup> año : madre o cuidador principal.
- 2-3 años: padres.
- 3-6 años: familiares.
- 7-12 años: familiares, vecinos, compañeros de escuela.
- 12-18 años: pares.
- 18-30 años: pareja, amigos.
- 30-50 años: familia, compañeros de trabajo, amigos.
- >50 años: familia, amigos.

## 1.2. Necesidades básicas del enfermo (modelo de Virginia Henderson)

Virginia Henderson ha diseñado y defendido un modelo de enfermería. La enfermería ha ido definiéndose como la profesión del cuidado. En el modelo de Henderson se definen las 14 necesidades básicas del enfermo y la función de la enfermera consistirá en ayudarle a que se satisfagan. Si el enfermo no puede satisfacerlas por sí mismo se las satisfará la enfermera. Sin embargo el objetivo es que el paciente las satisfaga de forma autónoma. Las 14 necesidades básicas son las siguientes:

1. Respirar.
2. Comer y beber.
3. Expulsar los residuos (heces, orina, esputos...).
4. Moverse y adquirir la postura idónea.
5. Dormir y descansar.
6. Vestir y desvestirse ropas adecuadas.
7. Mantener la temperatura corporal.



VIRGINIA A. HENDERSON  
30-10-1897 Kansas City. USA  
Yale University  
1996  
<http://www.angelfire.com/ut/virginiahenders on/index/html>

Henderson, V. A.  
*Principios básicos de los cuidados de enfermería.*  
Skarger Basel. Suiza 1971.

8. Mantener el cuerpo limpio y cuidar la piel.
9. Evitar riesgos.
10. Comunicar temores, emociones y necesidades.
11. Hacer culto respondiendo a las creencias propias.
12. Trabajar con sentimiento de logro.
13. Ocupar el ocio.
14. Aprender, descubrir y saciar la necesidad de conocer.

En esta asignatura se mencionará la 10.<sup>a</sup> necesidad. Una función de los profesionales de la salud será escuchar al enfermo y ayudarlo a desahogarse. Aceptar las expresiones emocionales del enfermo y apoyarle. Las profesiones de la salud en este sentido son psicoterapéuticas.

No aparecen las necesidades afectivas. Eso es debido a que no es función de los profesionales de la salud, el satisfacer las necesidades afectivas de los enfermos. Sin embargo está en situación de privilegio para detectar déficits afectivos del enfermo. En ese sentido su función es la de educar al enfermo y familia en la satisfacción de necesidades afectivas y en lo importante que es el satisfacerlas. No estará de más señalar la importancia de las necesidades afectivas a los familiares y del papel tan importante que ellos juegan en la satisfacción de las mismas.

## 2. Las relaciones interpersonales determinan nuestra personalidad y viceversa

En el primer tercio de la vida, el sujeto va desarrollando su forma de ser y de relacionarse a través de las relaciones que establece, las cuales además de satisfacer sus necesidades van determinando una forma de ser.

En nuestra sociedad está muy mitificado el efecto de una anécdota en la vida familiar temprana de la persona sobre su personalidad. Una mala interpretación de la teoría psicoanalítica ha sido responsable de ello. Yo soy así porque un día mi vi a mis padres hacer el amor. Soy así porque mi padre me pegó un día...

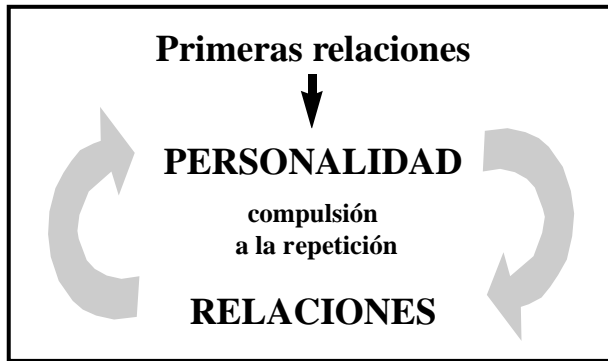
Es muy importante tener en cuenta:

- Los primeros años se realizan generalmente con los padres. Generalmente, los padres no cambian mucho durante esos años. Por lo tanto el ambiente familiar es bastante estable.
- La primera relación se establece con la madre o cuidador principal. En esa primera relación, la madre es el molde, y aunque habrá una adaptación mutua, el niño está sin conformar, mientras que la madre ya es de una manera. La madre establecerá la relación como es habitual en ella y es fundamentalmente el niño el que se adecuará. Además, el niño intentará responder a las expectativas de la madre.
- A partir de ahí, las relaciones que establecerá en el hogar serán del tipo que se establecen en esa familia, con todas sus características. Intentará satisfacer a las expectativas de sus padres. Hasta cierto punto, hará lo que se espera de él.

Las relaciones que tenga harán que sea de determinada manera. Establecerá un tipo de relaciones, y estas influirán en su personalidad. Desde el punto de vista psicoanalítico la personalidad se mantiene porque hay una compulsión a la repetición. La personalidad establecida en la infancia, tendería a mantenerse porque la repetiríamos una y otra vez. Al establecer relaciones fuera de casa, elegimos las que mantienen nuestra



forma de ser (por sentirnos más cómodos, por ser conocido). Por eso es difícil el cambio. Para cambiar, tendremos que establecer relaciones que no refuercen nuestra personalidad. Entonces, esas nuevas relaciones, producirán un cambio en nuestra personalidad.



No es casualidad que la mayoría de las relaciones que tenemos sean parecidas. Hemos aprendido a relacionarnos de una manera. Al establecer nuevas relaciones, lo hacemos como lo hemos aprendido. Si nos encontramos cómodos, se refuerza nuestra forma habitual de hacer relaciones y por tanto se mantiene. Si nos encontramos incómodos en la nueva relación, nuestra forma habitual de relacionarnos no ha funcionado. Entonces pueden suceder dos cosas: o cambio o acabo con esa relación. Generalmente se acaba con esa relación. Por eso tenemos la tendencia a seguir como siempre. Tendemos a seguir como conocemos, porque entre otras cosas, tememos lo desconocido.

Si una persona es dominante, tenderá a ser dominante en las relaciones que establece. Si la otra persona es sumisa, la relación puede funcionar, puesto que los dos han encontrado lo que necesitan. Si la otra persona fuese también dominante, sería difícil mantener esa relación.

Para que las relaciones se mantengan es conveniente:

- Semejanzas en costumbres, ideología, creencias...
- Complementariedad de caracteres.
- Cercanía física.

Por lo tanto, nuestra personalidad está determinada por las relaciones que hemos mantenido, y solo puede cambiarse en las relaciones. A continuación vamos a describir unas teorías evolutivas que estarían conforme con este principio.

## 2.1. Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

Las principales teorías del desarrollo hacían hincapié en el desarrollo durante la infancia. El desarrollo evolutivo acababa en la infancia. Las características personales adquiridas en la infancia eran determinantes de la personalidad de los sujetos y el cambio era menos que imposible. Erick-Erikson desarrolló una de las primeras teorías del desarrollo que contemplaba todo el ciclo de la vida. A diferencia de las principales teorías previas, defendió que el desarrollo no acababa en la infancia y que las características desarrolladas en la infancia no son permanentes (pueden variar tanto a bien como a mal).

En el cuadro se muestra las etapas evolutivas descritas por Erickson. Son etapas del desarrollo psicosocial del ego. Las diversas etapas constituyen oportunidades que permiten al sujeto establecer una nueva orientación entre él y su mundo. En cada etapa está en juego una característica importante. No obstante, la obtención de una u otra característica no es irreversible. Si se ha adquirido la característica positiva, no quiere decir que se mantendrá durante toda la vida. El hecho de adquirir la característica negativa, no quiere decir que no se pueda adquirir posteriormente la característica positiva.



ERIK ERIKSON  
15-6-1902 Frankfurt  
(Alemania)  
1994. USA  
<http://www.wfu.edu/~moran/erikson.html>

Erikson, E. H.  
*El ciclo de la vida completado.*  
Paidós. Buenos Aires 1989.

1.º año	Lactancia	Confianza básica/Desconfianza básica
2-3	1.ª infancia	Autonomía/Duda
4	Infancia	Iniciativa/Culpa
5-12	Latencia	Inventiva/Inferioridad
12-21	Adolescencia	Identidad/Confusión de carácter
21-30	Juventud	Intimidad/Aislamiento
30-50	Madurez	Generatividad/Absorción en sí mismo
>50	Vejez	Integridad/Desesperación

### 2.1.1. Confianza básica - Desconfianza básica

El primer año de vida el bebé requiere de muchos cuidados, atención y estimulación sensorial. La calidad de esos cuidados harán que el niño desarrolle o no una cualidad básica muy importante: la confianza básica.

El niño que ha sido cuidado bien, que ha sido atendido y tranquilizado cuando lo requería desarrollara un sentimiento de seguridad en sí mismo y en el mundo que le rodea y tenderá a confiar en los demás.

Por otro lado, el bebé cuyas necesidades no han sido atendidas debidamente, desarrollará un sentimiento de inseguridad en sí mismo y en el mundo que le rodea y tenderá a ser desconfiado. Este sentimiento de seguridad básico tiene su origen en lo vivenciado ese primer año de vida y está directamente relacionado con los cuidados que ha recibido el bebé.

Cuando el bebé tiene sensaciones desagradables (hambre, sed, cansancio, dolor...) llora. Esa llamada al adulto es respondida por sus cuidadores de forma que se empieza a establecer una comunicación entre ellos. La madre empieza a interpretar con más o menos acierto lo que le sucede al niño. Es posible que aprenda a acertar lo que el bebé quiere (aprende a interpretar lo que el bebé desea) o que basándose en las respuestas obtenidas el bebé aprenda el significado que la madre da a sus señales (el niño aprende a comunicar según las interpretaciones que da la madre). Si hay un buen ajuste y la madre o cuidador satisface las necesidades del niño y le calma cuando sufre, se desarrollará una confianza básica en el niño. En ese momento en que no se conoce nada, ni siquiera la existencia aparte del resto, se vive seguridad o inseguridad y ello depende en gran parte de los cuidados recibidos.

En estos momentos precoces se instala un primer ladrillo importante o una base quebradiza. Se instaura como consecuencia de esa primera relación y por tanto solo podrá recuperarse en otras relaciones. Desde el punto de vista psicoanalítico, enfermedades mentales graves como la esquizofrenia tienen su base en trastornos de estas primeras relaciones. En esos momentos en que el bebé no distinguía entre sí mismo y el resto, unos cuidados deficitarios, una madre que no supo o no pudo atender sus necesidades y que no supo o no pudo tranquilizarle hicieron que el bebé sintiese inseguridad y desarrollara una desconfianza básica que afecta tanto a sí mismo como al resto del mundo. Es típico en la locura la desconfianza, y la falta de conexión con la realidad. Se piensa que el paciente esquizofrénico no ha tenido nunca un vínculo seguro, siempre le han fallado, se dice que está "escaldado" y por eso desconfía.

¿Cómo tienen que ser los cuidados para desarrollar la confianza básica?

- Regulares.
- Han de satisfacer las necesidades cuanto antes.
- Han de aliviar la incomodidad del bebé cuanto antes.

¿Qué características tiene el cuidado que desarrolla desconfianza?

- Es irregular.
- No es adecuado.
- También cuando se rechaza al bebé.

La confianza básica adquirida en esta fase puede perderse más adelante, así como se puede desarrollar la confianza básica que no se ha desarrollado en esta fase en relaciones posteriores.

“Al igual que el niño quemado teme el fuego, los niños emocionalmente quemados eluden el dolor del interés emocional. Había confiado en su madre, pero ahora no confiaba en nadie. Únicamente años de atención y paciencia abnegadas podían deshacer ahora el daño que había sido causado al sentimiento de confianza de este niño.”

Una persona puede desarrollar confianza básica los dos primeros años de su vida. En un accidente pierde a sus padres y lo adoptan unos padres adoptivos con los que pierde esa confianza básica. A pesar de que una persona desarrolle esta característica, la puede perder por circunstancias de la vida.

Del mismo modo, el niño que ha desarrollado desconfianza básica, puede desarrollar confianza básica. La psicoterapia con esos pacientes se contempla desde este prisma: si en la relación establecida con el terapeuta, el paciente siente que “no le falla”, que está ahí cuando lo necesita, se puede desarrollar esa confianza básica. Si la desconfianza se desarrolló en relaciones importantes, será también en relaciones importantes donde se desarrolle la confianza.

El que ha desarrollado desconfianza, es desconfiado en las relaciones. Tienen una actitud fría y desconfiada en las relaciones. El resto de las personas tienden a huir de este tipo de relaciones. Eso refuerza aún más su desconfianza. Hay que romper el círculo vicioso.

Por lo tanto en esta primera etapa, la relación genera una característica relacional de esa persona. Unos cuidados deficientes le han hecho desarrollar desconfianza. Esa persona será desconfiada en las relaciones.

En la relación profesional de la salud y enfermo, ambos pueden ser desconfiados.

Si el profesional de la salud es desconfiado, tiene una dificultad relacional para su profesión. Le convendría arreglarlo. Será difícil establecer una relación de confianza, y si no hay confianza, la relación profesional en lugar de beneficiosa, puede resultar perjudicial.

Si el paciente no tiene confianza, lo notaremos enseguida. Es muy importante desarrollar confianza con él. Su actitud no será muy alentadora para nosotros y el rechazo supondría un rechazo más para su colección, lo que

reforzaría su desconfianza. En ese sentido, tiene que comprobar que seguimos ahí, que no le “fallamos”, que lo aceptamos tal y como es, y que puede confiar en nosotros.

Un psicólogo especializado realiza acompañamientos terapéuticos a esquizofrénicos. Una o dos veces por semana, salen a pasear juntos. Nos contaba lo que le sucedió con un paciente. Le llamaron para hacer un acompañamiento terapéutico a un esquizofrénico que llevaba meses sin salir de su habitación. El mismo psiquiatra lo visitaba en casa. El primer día que quedó para hacer el acompañamiento, no le abrió la puerta de la habitación. Durante las cuatro primeras tardes, no le abrió la puerta. El psicólogo, se sentaba en una silla al otro lado de la puerta y le hablaba durante dos horas. El enfermo no le respondía. Al quinto día, el enfermo le abrió la puerta. La puerta cerrada de la habitación podía simbolizar la desconfianza. Al comprobar que a pesar de no contestar, allí había una persona que no se marchaba, le hizo recuperar un poco de confianza. Al abrir la puerta, confiaba un poco en él. A partir de ahí, el trabajo consistió en ir desarrollando esa confianza.

Erikson, E. H.  
*Infancia y sociedad*.  
Horné. Buenos Aires 1983.

Como profesionales de la salud, nos toca educar a los padres durante el primer año de vida de los niños, para que se percaten de la importancia de su función cuidadora.

### 2.1.2. Autonomía - Duda

Con un año el niño es capaz de andar. Además, cognitivamente ha integrado las señales procedentes de los diferentes sentidos, y los objetos tienen representantes mentales, los símbolos, que los representan mentalmente (permanencia de objeto).

Su curiosidad le lleva a explorar el entorno y desea hacer las cosas por sí mismo. Para explorar con tranquilidad es necesario que haya desarrollado la confianza básica. Si ha desarrollado desconfianza, tendrá miedo y no se atreverá a explorar.

Lo que está en juego en el niño de dos a tres años es el desarrollo de la autonomía o de la duda.

Si el niño tiene la oportunidad de ir haciendo lo que está dentro de sus posibilidades, aprenderá a ser autónomo. Se dará cuenta de que sus conductas tienen consecuencias y desarrollará una sensación de control. Sentirá que tiene cierto control sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea.

Si no se le permite ir haciendo lo que es capaz, aprenderá que no tiene ningún control sobre el mundo, ni sobre sí mismo, y desarrollará un sentimiento de duda.

La actitud de los padres es decisiva.

Si los padres le permiten ir haciendo y le animan a hacer aquello para lo que está capacitado, desarrollará un sentimiento de autonomía.

Si no le permiten ir haciendo lo que puede por temor a que le pase algo o porque “está mejor quietecito” desarrollará un sentimiento de duda.

En la sociedad actual, se exige el control de los esfínteres demasiado temprano y los pisos son demasiado pequeños para los niños, lo que no favorece el desarrollo del sentimiento de autonomía.

En esta etapa se ha vuelto a desarrollar una característica de personalidad dentro de las relaciones que establece el niño, que influirá en la forma de relacionarse del niño. El niño que ha desarrollado el sentimiento de autonomía, explorará nuevas relaciones con mayor tranquilidad, porque tiene sensación de control. El niño que ha desarrollado el sentimiento de duda, no tenderá a explorar nuevas relaciones. Se quedará atrapado en la duda, sin avanzar. La duda impide la acción.

Al establecer relaciones o al buscar pareja, el que ha desarrollado autonomía quiere y lo busca. El que ha desarrollado un sentimiento de duda no sabe si quiere o no quiere. Está atrapado en la ambivalencia. Su eterna duda es: ¿quiero o no quiero?

Desde el punto de vista psicoanalítico, las personas estancadas en esta etapa del desarrollo, están eternamente atrapados en la duda y presentan un cuadro llamado neurosis obsesiva.

Si estas características se han adquirido en las relaciones, será también en nuevas relaciones donde se pierdan o se puedan desarrollar.

A pesar de haber desarrollado duda, si se le anima podrá desarrollar el sentimiento de autonomía. A pesar de que haya desarrollado el sentimiento de autonomía en esta época de la vida, posteriormente, un sistema educativo restrictivo que no le permita hacer nada, podrá hacerle desarrollar un sentimiento de duda.

Si el profesional de la salud ha desarrollado un sentimiento de duda, le transmitirá poca seguridad al enfermo. En la relación con el enfermo, es bueno que el profesional de la salud transmita tranquilidad. Eso no quiere

decir que no podamos tener dudas. Es muy común dudar. Sin embargo, otra cosa es dudar con todo y que la duda inmovilice. En casos así, el profesional requerirá ayuda.

Hay que señalar no obstante, que las profesiones de la salud son profesiones con mucha incertidumbre. Por ejemplo, no es posible saber cómo evolucionará un enfermo. Por eso, una característica que nos convendría desarrollar a los profesionales de la salud, es aprender a convivir con la incertidumbre.

Si el enfermo es una persona que duda con todo, necesita tranquilidad. Cuando tenga que tomar alguna decisión que le incumba le animaremos a que decida él. Le resultará muy difícil. Sin embargo, a medida que vaya tomando decisiones, cada vez le costará menos tomarlas, y se quedará menos atrapado en la duda.

La baja sensación de control, es perjudicial para la salud. Las personas con baja sensación de control, desarrollan sentimientos de indefensión y consecuentemente depresión. El pensar que nada de lo que hagamos influirá en nuestro destino, nos hace sentirnos indefensos, a merced del destino, lo que desencadena sentimientos depresivos. De hecho, las personas con baja sensación de control son más propensas a la depresión y a padecer enfermedades en general. Una vez enfermos tienen peores evoluciones. Puesto que consideran que no pueden influir en el destino, no colaboran activamente en el tratamiento. Como profesionales de la salud podemos ayudarles a adquirir o recuperar cierta sensación de control, lo que repercutirá en su mantenimiento de la salud.

Como educadores, podemos enseñar a los padres cual es la actitud adecuada con niños de esa edad. Hay que dejar y animar al niño que vaya desarrollándose a medida de sus capacidades, aunque a veces nos moleste. No obstante, tampoco es bueno que el niño crea que puede hacer todo lo que se proponga. Desarrollar un sentimiento de excesivo control no es real. Además el niño se convierte en un tirano. Es momento también de educar al niño en la frustración, de que vaya aprendiendo que no se puede hacer todo lo que uno quiere.

Nunca podrá hacer todo lo que se proponga. Si lo aprende desde pequeño mejor. El primer año de vida no conviene frustrar al niño, porque está en juego el desarrollo de la confianza básica. A partir del segundo año sí. Demasiado tampoco, porque como hemos visto, puede desarrollar un

sentimiento de duda. ¿Dónde está el límite? Le conviene aprender que algunas cosas no se pueden hacer porque son peligrosas. Sin embargo no son motivos de peso, el que haga ruido, el que nos moleste y cosas por el estilo.

Otra cosa que nos vendría bien a los profesionales de la salud es el aprender a tolerar la frustración. Es habitual que los estudiantes de profesiones sanitarias sea alumnos exitosos. Acceden los alumnos con mejores notas. La mayoría están acostumbrados a lograr lo que se proponen. No están acostumbrados a tolerar la frustración. Sin embargo, sabemos que en las profesiones sanitarias, la frustración es “el pan nuestro de cada día”. Las cosas no salen casi nunca como nos gustaría.

En un trabajo realizado con estudiantes de enfermería pudimos ver que los alumnos tenían poca tolerancia a la frustración. La mayoría son alumnos exitosos, con poca experiencia de frustración.

### 2.1.3. Iniciativa - Culpa

El niño de cuatro años tiene un desarrollo motor importante, así como un importante desarrollo cognitivo. Habla. Piensa. No se limita a la acción, sino que es capaz de pensar sobre ella. Aún no piensa de forma lógica, pero piensa. El niño está muy activo, y son muy importantes para él sus juegos, fantasías, acciones y preguntas.

La capacidad que está en juego es la iniciativa. La tendencia a empezar las cosas. Su contrapartida es la culpa, que impide la iniciativa.

En este momento son muy importantes las actitudes de padres, hermanos y educadores.

Hay que dejar jugar al niño. Le conviene que tomemos muy en serio sus cosas: juegos, fantasías, preguntas. Hacerle sentir que su mundo es interesante.

No le conviene en absoluto sentir que su mundo carece de interés, que es aburrido. Que sus preguntas, fantasías y juegos nos asquean y que son una estupidez. Podemos conseguir que el niño se sienta culpable por lo que es.

Si siente que su mundo es interesante, desarrollará la iniciativa. Intentará satisfacer sus intereses y necesidades y desarrollará muchas habilidades.



Si desarrolla la culpa, se quedará bloqueado. En lugar de satisfacer sus necesidades e intereses, se quedará inmóvil, bloqueado, atrapado en la culpa. Eso puede suponer no desarrollar algunas habilidades.

Ya podemos ir viendo como el desarrollo de las características deseables en etapas anteriores, prepara al niño para el reto de la siguiente etapa. El niño que ha desarrollado la confianza básica, explorará más y desarrollará la autonomía. Eso le dota para desarrollar la iniciativa. Si los padres se interesan por las necesidades del niño, el primer año le habrán proporcionado un cuidado adecuado, a partir del segundo año le permitirán y animarán a explorar el mundo y les parecerá interesante todo lo que sea del niño. Ese niño, ya está preparado para salir a la calle a “pelear” con los demás niños. Si los padres no han estado pendientes de las necesidades del niño, no le han dado un cuidado adecuado el primer año, no le han permitido explorar el mundo porque molestaba y no le hacen caso en sus juegos por parecerles tonterías, estará peor preparado para “salir a la calle”. Los padres que tienen las necesidades propias cubiertas es más fácil que tengan en cuenta las necesidades de los niños.

Algunos padres necesitarán ayuda en la educación de sus hijos. Ayudaremos a los niños a través de los padres, no contra ellos. Si ayudamos a los padres, nadie cuidará mejor del niño que ellos mismos.

Los padres a menudo nos resultan molestos a los profesionales de la salud. No podemos olvidar que son los que más pueden ayudar a los niños. Necesitan nuestra ayuda y nosotros necesitamos la suya.

Dependiendo de que el niño haya desarrollado iniciativa o culpa, desarrollará también una forma de relación. El niño con iniciativa tomará la iniciativa en las relaciones. Si tiene una necesidad, solicitará y buscará satisfacerla. El que ha desarrollado culpa, sin embargo, está atado. ¿Para qué va a hacer?, ¿para sentirse luego culpable? Mejor estar quieto. Está a la espera. A menudo no se le acerca nadie. No se cumplen sus expectativas, y acumula rencor.

Como en etapas anteriores las cosas pueden cambiar. Se puede perder una iniciativa desarrollada, y se puede desarrollar una iniciativa que nunca se tuvo.

El que no ha desarrollado iniciativa tiene que salir de su bloqueo. Tiene que aprender a responder a sus necesidades e intereses. Tiene que buscar

lo que quiere. Tiene que hacer las relaciones que le interesan. Entonces desarrollará la iniciativa. ¿Cómo se desarrolla la iniciativa? Iniciando.

Si el profesional de la salud está atrapado en la culpa, será difícil que ayude al enfermo. Sin embargo, el sentimiento de culpa no es raro entre los profesionales de la salud. Tal vez por eso eligen una profesión para ayudar a los demás: para expiar la culpa de alguna manera. En lugar de satisfacer nuestras necesidades buscamos ayudar a los demás. Sin embargo, así también satisfacemos una necesidad propia: lograr la aceptación de los demás. De tal manera que si no logramos el agradecimiento y reconocimiento de los demás, podemos sentirnos heridos.

Tal vez estemos en una pequeña trampa. Tal vez en su día, nuestro mundo no fue interesante para nuestros familiares. Ahora, para ser aceptados ayudamos a los demás. Aún así, no consta en el contrato que los enfermos tengan que agradecernos nada ni tengan que reconocernos nada. A menudo las cosas no evolucionan como le gustaría al paciente y nos quedamos sin agradecimiento.

Primero tenemos que satisfacer nuestras necesidades para poder ayudar a los demás. No podemos satisfacer esas necesidades en nuestro trabajo con los enfermos.

A menudo, no daremos al enfermo lo que quiere, porque no le conviene. Si nos sentimos culpables con facilidad, el enfermo puede aprovechar para hacer lo que quiere apoyándose en nuestra debilidad, a pesar de que no convenga para su evolución.

Si tenemos iniciativa, dirigiremos la relación como corresponde. En la relación entre el profesional de la salud y el enfermo, es el profesional el que lidera el proceso. No estaremos a merced del “chantaje emocional” del enfermo.

Si el enfermo tiene propensión a la culpa será depresivo. Tenderá a auto-castigarse en la relación. Podríamos ayudarle a aceptarse tal y como es. ¿Cómo? Aceptándolo tal y como es, sin condiciones.

Como educadores, educaremos a padres y profesores. Les señalaremos la importancia que tiene el tomar en serio al niño. Si no mostramos interés por su mundo, se bloqueará. Si no lo aceptamos como es, no será auténtico, porque se sentiría culpable. Si se siente culpable, no satisfará sus necesidades y perderá la oportunidad de ser feliz.

La culpa bloquea a la persona y le impide ir desarrollando habilidades propias. Ese infradesarrollo de habilidades no le prepara adecuadamente para el siguiente reto.

#### 2.1.4. Inventiva - Inferioridad

A partir de los seis años, el niño aprende a pensar lógicamente. Ha desarrollado una importante destreza motora. Además, se libra de la “tiranía” de la percepción y piensa lógicamente. Quiere saber cómo funcionan las cosas. ¿Quién no ha desmontado un coche o una muñeca para ver lo que hay dentro o cómo funciona?. Aprende a comparar y empieza a compararse con los demás. Empieza a abrir un concepto de sí mismo.

Fuera del hogar, mantiene relaciones importantes con amigos de su edad.

Lo que está en juego en esta etapa es la inventiva o la inferioridad.

Si el niño trae buen camino, ha desarrollado unas habilidades. Se compara con los demás y se ve bien. Eso le anima a seguir. Sigue desarrollando habilidades y refuerza su autoestima. No teme e inventa cosas.

Si se compara y se ve inferior, desarrollará una baja autoestima. Pensará que él no puede. Sus habilidades seguirán sin desarrollarse y seguirá mostrándose incompetente. “¿Para qué voy a intentarlo si no lo voy a conseguir?”

Los pares adquieren gran protagonismo. Los padres y profesores siguen teniendo mucha importancia. Entre los pares habrá una comparación continua y una jerarquización. No obstante, los padres y educadores pueden jugar un papel transcendental alentando a los niños a desarrollar sus habilidades.

¿Imaginas lo que sucederá con el niño que venía mal preparado desde las etapas anteriores? Los padres no han tenido en cuenta sus necesidades. Desarrolló desconfianza, luego duda y después culpa. Para sus padres era molesto lo que hacía, no le permitían hacer nada y le hacían sentirse culpable por lo que hacía. Ha explorado menos y ha desarrollado menos sus habilidades. Además los padres es posible que le rechacen “porque todo lo hace mal”. En la calle se confirma lo de casa. Paralizado por la duda, bloqueado por la culpa, y con las habilidades infradesarrolladas ha aprendido que no vale y en la calle los pares le confirman eso mismo y él lo comprueba.

El que tiene autoestima alta confía en sí mismo y se muestra en las relaciones tal y como es. Se quiere a sí mismo y disfruta del amor de los demás. No depende de la aceptación de los demás, porque su valía no depende de la aceptación unánime.

El que tiene baja autoestima, no confía en sí mismo, se queda rezagado en las relaciones y no se muestra tal y como es, por temor a no ser aceptado. La opinión de los demás influye demasiado sobre él. Se molesta mucho con la opinión de los demás. Siempre dice que no es aceptado, pero él tampoco se acepta a sí mismo.

De niño ha desarrollado esa característica debido fundamentalmente a su entorno. No obstante, de mayor se mantiene porque está interiorizado. Es una característica que puede evolucionar dentro de las relaciones. Cuando somos aceptados como somos en una relación íntima, desarrollamos confianza en nosotros mismos, ganamos valía, tanto delante de los demás como frente a nosotros mismos.

El que se siente inferior no establece relaciones de igual a igual. Se siente inferior. Eso tiene un efecto negativo en las relaciones. Cualquier comentario le molesta porque tiene la tendencia a interpretarlo como un juicio a su valía. Aprendió eso, y eso mismo es lo que cree de sí mismo.

Eso puede corregirse por relaciones importantes correctoras. También puede corregirse aprendiendo a aceptarse tal y como se es. Cada uno también tiene una relación consigo mismo. Tiene baja autoestima porque no se acepta tal y como es. Sin duda, el sentirse aceptado ayuda a aceptarse a sí mismo. La paradoja de las personas con baja autoestima es que no se aceptan como son, pero hacen menos que nadie para cambiar lo que se puede mejorar. Puesto que nada mejora, no se anima y se refuerza en su baja autoestima.

Si el profesional de la salud tiene baja autoestima, sufrirá mucho. Esperará el reconocimiento de los demás, y a menudo eso no llegará. Además, el reconocimiento que reciba siempre le resulta insuficiente. Le conviene mejorar la autoestima.

Veremos a muchos pacientes con baja autoestima. Esas personas tienen mayor propensión a la depresión y a las enfermedades en general, y presentan peores evoluciones cuando enferman. Cuando están enfermos son muy dependientes. Tienen tendencia a seguir dependiendo. Les gustan las

ganancias secundarias de la enfermedad. Tienen una escasa percepción de control y colaboran poco en el proceso de curación.

Le ayudaremos a ventilar sus emociones y le ayudaremos a darse cuenta de los errores de percepción que comete. Sin embargo, no es sencillo remontar una inferioridad que se ha venido labrando y manteniendo durante años. A menudo, necesitará psicoterapia. Como profesionales de la salud podemos ayudarle a darse cuenta del daño que se hace a sí mismo y de lo bien que le vendría cambiar. Incluso podemos aconsejarle una psicoterapia.

Como educadores recordaremos a los padres de lo importante que son las comparaciones. Aquellos que tienen menos desarrolladas las capacidades estudiarán con los de su mismo nivel. Además, les animaremos que como padres y educadores, señalen, alaben y animen a los niños a desarrollar sus habilidades.

En la próxima etapa el reto es definir la identidad: qué es y qué espera de la vida. ¿Te parece que estará preparado el niño que no ha desarrollado confianza básica y que ha desarrollado duda, culpa e inferioridad? ¿Te parece que ese es el resultado del fallo cometido un día por los padres, o de un modelado continuo de años de duración? ¿No te parece que unos han tenido la suerte de traer un buen camino y otros la desgracia de haber traído un mal camino?

#### 2.1.5. Identidad - Confusión de carácter

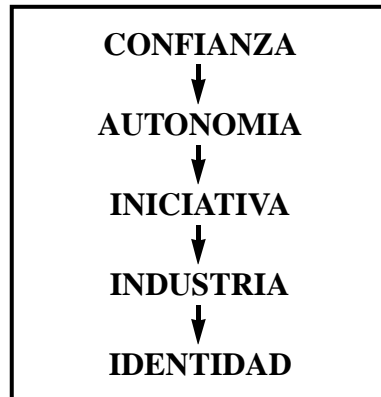
El adolescente ha desarrollado el pensamiento formal: la capacidad de pensar lógicamente sobre cosas abstractas. Empieza a hacerse preguntas sobre todo.

Alonso, E. *Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima*. Escuela Española Madrid 1996.

Lo que está en juego en esta etapa es la identidad. Su reto es definir su propia identidad: “quien soy, de donde vengo, a donde voy”. Construye una biografía propia, ve lo que es y proyecta lo que quiere ser.

El niño que ha venido por el “buen camino” está más preparado para afrontar este reto. Ha desarrollado la confianza básica, el sentimiento de autonomía, la iniciativa, la inventiva y tiene la suerte de tener como compañeros de viaje a esos padres que han sabido atender sus necesidades.

El niño que ha desarrollado desconfianza básica, duda, culpa e inferioridad se encuentra frente a un reto imposible para él. Además, sigue teniendo al lado a esos padres que no supieron atenderlo y que no le animaron en su camino. ¡Un trabajo realmente difícil!



En esta etapa, el grupo de amigos adquiere un protagonismo importante. Hay identificaciones entre ellos y también con otros modelos. Los padres siguen jugando un papel importantísimo, aunque a primera vista no lo parezca: le ayudarán o le dificultarán realizar su camino.

Erikson defendía que en nuestra sociedad actual los adolescentes adquieren más tarde las responsabilidades de los adultos y que hay una crisis de valores. Todo ello repercute en que haya un retraso en la adquisición de la identidad por parte de los adolescentes de nuestra sociedad. Además, tiene que soportar contradicciones como la de no tener edad de conducir o de beber, pero sí para ir a la guerra. Además, los adultos de nuestra sociedad no contribuyen a que sus hijos adolescentes maduren, porque no les dan las responsabilidades para las que están preparados y les tapan incluso los problemas legales que tienen.

Para los que no están preparados es un reto muy duro. Los primeros brotes de la esquizofrenia se presentan a estas edades. Las personas con grandes dudas, culpa o con sentimiento de inferioridad, tendrán dificultades para decidirse. Tomarán diferentes caminos:

- Hipotecarán su identidad. Cogerán la identidad que quieren sus padres y/o profesores.
- No definirán su identidad. Es lo que Erikson llamó como confusión de carácter.

La mayoría de los adolescentes de nuestra sociedad se acogen a una "prórroga". Es lo que Erikson llamó como retraso en la definición de la identidad.

Erikson, E. H.  
*Identidad: juventud y crisis.*  
Taurus. Madrid 1980.

La identidad hipotecada es una pseudoidentidad y genera problemas más adelante. Algunos consideran que la “crisis de la mediana edad” tiene que ver con una identidad hipotecada, con hacer la vida que esperaban de uno, en lugar de lo que uno quería. No obstante, todavía se puede cambiar. “Nunca es tarde si la dicha es buena”.

Cuando el profesional de la salud tiene una identidad hipotecada, puede ser rígido. Puede caer en el dogmatismo, y lejos de aceptar al enfermo como es, puede forzarle a cambiar hacia lo que él rígidamente considera. La relación profesional de la salud-enfermo, será rígida.

Si la identidad del profesional no está definida, hay riesgo de connivencia con el enfermo. Puede dejar de lado el rol profesional y actuar como “un colegui” para satisfacer necesidades propias de aceptación.

Algunos enfermos se encontrarán en la adolescencia. Teniendo en cuenta su momento evolutivo les haremos continuas invitaciones a la responsabilización. La queja es la principal expresión de su dependencia. Es bueno responder con opciones. Que él mismo decida dentro de unos límites.

Sin ser adolescentes, muchos enfermos se comportan como tales. Se queja mucho pero no toma las responsabilidades que le corresponden. Conviene delegar en ellos mismos parte de la responsabilidad.

Como educadores, ayudaremos a los adolescentes en su camino y les invitaremos a la responsabilización. A padres y educadores transmitiremos las mismas ideas.

#### 2.1.6. Intimidad - Aislamiento

Para el joven que ha definido su identidad, el reto consiste en poner en marcha su proyecto de vida. Entre otras cosas, tiene que dar salida a sus necesidades afectivas. Deja el hogar familiar y necesita un “refugio” para sí mismo.

En esta etapa está en juego la intimidad o el aislamiento.

Intimidad, no sólo con la pareja, sino también con amigos. Entrega y cuidado sin temor a perder su personalidad.

La incapacidad de lograr la intimidad lleva al aislamiento. Las relaciones íntimas son exigentes. Dan mucho, pero piden mucho a cambio. Algunas personas temen las relaciones íntimas. Dicen que pierden libertad. La principal crítica de los solteros a los casados suele ser: “has perdido libertad, la otra persona te domina”. Por mantener la “independencia” se quedan solos. Una de las principales características de las relaciones íntimas es la de sentirse acompañado.

Para afrontar este nuevo reto, sobra decir que es decisivo el camino que se ha traído. Será más fácil para el que tiene confianza básica, autonomía, iniciativa, inventiva y ha definido su identidad. Será más difícil para el que ha desarrollado desconfianza, o duda, o culpa o inferioridad o no ha definido su identidad. Cada día parece que cuesta más establecer relaciones íntimas. Cada día hay más gente sola. ¿Habrá miedo a la intimidad?

Si el profesional de la salud no ha logrado intimidad, si no tiene relaciones íntimas, si está aislado, será difícil que tenga cubiertas sus necesidades afectivas. Es peligroso que esas personas intenten cubrir sus necesidades afectivas con los enfermos. Puede ser muy frustrante.

El enfermo aislado tendrá las necesidades afectivas sin cubrir. Eso repercute la salud física y mental. Además, será más complicada la recuperación. No es nuestra labor satisfacer sus necesidades afectivas. Tienen un problema y tendrán que solucionarlo. La vida pasa y el tiempo también. Aún estamos a tiempo de cambiar. Lo mejor es aconsejarle una psicoterapia. Sin embargo este tipo de enfermo no acepta nada bien este tipo de consejo. Ha pasado demasiados años intentando disimular.

Que una persona no tenga pareja, no quiere decir que se encuentre aislada. El aislamiento tiene que ver con el déficit de intimidad. Con la incapacidad de establecer relaciones íntimas.

Una labor como educadores, consistirá en trabajar con personas aisladas. Muchos acabarán en centros de salud con enfermedades físicas y mentales. Puede ser un buen momento para aconsejarles.

#### 2.1.7. Generatividad - Absorción en sí mismo

Según Erikson, sólo después de cubiertas las necesidades propias, se piensa de verdad en los demás: hijos, sociedad...

Erikson, E. H.; Katchadourian, H. A. *La adultez*. Fondo de cultura económico. México 1981.



Aquel que no ha cubierto sus necesidades, pone toda la atención en sí mismo. No entiende a los jóvenes, no entiende la sociedad...

Obvia decir, que una vez más, el camino traído será decisivo. La generatividad produce felicidad, el estancamiento no.

A estas edades, una vez cubiertas las necesidades básicas, se crea para los demás a cambio de nada. No es la entrega del adolescente, realizada a cambio de reconocimiento.

El que se estanca no tiene felicidad. Está demasiado centrado en sí mismo. No ha cubierto sus necesidades. Sin embargo, aún está a tiempo. Cuanto más tiempo pase, más difícil es cambiar. Sin embargo, aún es posible. Algunos se percatan de que el camino que han traído no era el suyo y se implican en cambios muy importantes (trabajo, pareja...).

El profesional de la salud que ha logrado este nivel de madurez, probablemente será auténtico, sabe escuchar, sabe ponerse en el lugar de los demás, le cuesta menos aceptar a los demás y es asertivo. Es asertivo, porque el camino traído es una expresión de asertividad. El trabajo le satisface y los enfermos se encuentran a gusto con él. Rogers comprobó que las características que hacían exitoso a un psicoterapeuta eran: la aceptación incondicional, la capacidad de empatizar y la autenticidad.

Sin embargo, el profesional de la salud que a estas edades no ha cubierto sus necesidades, puede estar "amargado". Asqueado del trabajo y de los enfermos y con ganas de retirarse. Será difícil que escuche y acepte a los demás y que sea auténtico, por lo que la relación profesional de la salud/enfermo, se resentirá. Está demasiado centrado en sí mismo. El tiempo se acaba, pero aún está a tiempo. Necesitará ayuda especializada.

Maslow defendía que la conducta está motivada por las necesidades. Que las necesidades están jerarquizadas y que las necesidades de un nivel superior no nos motivan a no ser que estén cubiertas las de los niveles inferiores. Esta es la pirámide descrita por él.



ABRAHAM MASLOW  
1-4-1908 New York (USA)  
8-6-1970 California (USA)  
[http://www.maslow.com/  
index.html](http://www.maslow.com/index.html)

Maslow, A. H.  
*Motivación y personalidad.*  
Díaz Santos. Madrid 1991.



Maslow decía que sólo un 1% de las personas llegan a la etapa de la auto-realización y que eso sucede porque en lugar de satisfacer las necesidades propias, vivimos intentando satisfacer los estereotipos culturales.

#### 2.1.8. Integridad - Desesperación

El que se ha sentido protagonista de su propia vida, se siente orgulloso. Ha hecho lo que debía hacer y se siente bien.

Si un anciano piensa que no ha sido el protagonista de su propia vida, que no ha hecho lo que quería, se “amarga”. Ya es demasiado tarde para rectificar y cae en la desesperación.

El entorno social puede favorecer o perjudicar ese último reto. Si el entorno le ayuda a ver que ha hecho todo lo que ha podido, le ayudará. Si por el contrario, no recibe más que críticas, le perjudicará.

Hay pocos profesionales de la salud que siguen trabajando cuando envejecen. Siguen los que a pesar de la jubilación tienen interés en seguir.

Sin embargo, cada vez hay más viejos como enfermos. Como profesionales de la salud, procuraremos ayudarles a desarrollar ese sentimiento de integridad. Es imposible cambiar la vida y la personalidad del anciano. No sería poco lograr un cierto sentimiento de integridad. A veces, resultará muy difícil. Le vendrá bien pensar que ha hecho todo lo que podía, a pesar de que a estas alturas piense que debería de haber hecho otra cosa.

Como educadores para la salud, nos corresponde educar para una vejez saludable. Desde este punto de vista que hemos trabajado, parece claro que esa educación comienza en la cuna. Es imprescindible para ello, ir satisfaciendo las necesidades que se presentan en cada momento del desarrollo evolutivo.

## 2.2. Teoría del apego de Bowlby

Bowlby desarrollo la teoría del apego partiendo desde el psicoanálisis y con un gran influjo de la etología.

Según esa teoría, el niño de 6 meses ya es capaz de mostrar preferencia hacia el cuidador principal, que casi siempre suele ser la madre. Entre ambos se crea una unión muy importante denominada apego. Es la primera relación íntima en la vida del bebé y es muy importante porque se convierte en modelo de futuras relaciones íntimas. Según como sea esta relación, serán también las futuras relaciones.

La creación de esa relación especial se observó también en etología. Los pollitos, una vez fuera del cascarón, siguen a la primera cosa que se mueve a su alrededor. Es una conducta determinada genéticamente. Generalmente siguen a la madre porque es lo único que se mueve por allí. Sin embargo, si es otro objeto el que se mueve por allí, en lugar de la madre, siguen a ese objeto.

El etólogo Lorenz investigó con gansos. Cuando nacían los pollos, él era el único que se movía por allí y los pollos le seguían. Desde ese momento le seguían a él y en cuanto tenían miedo, se arrimaban a él.

Entre el recién nacido y la madre se despliegan desde el principio una serie de conductas sincronizadas. Para la madre, el bebe es muy atractivo y comienza a jugar con él estimulándolo. Lo cuida, le hace caricias, le habla... El bebé responde a los estímulos de la madre, lo que anima a esta última a seguir jugando. No obstante, no es imprescindible que sea la madre, la que proporcione los cuidados y estimulación adecuados. Aún no hay preferencias por parte del bebé.

Cuando a los seis meses aproximadamente, ya ha desarrollado ciertas capacidades cognitivas, es capaz de reconocer a las personas. Entre todas reconoce a su cuidador principal, hacia el que desarrolla preferencia. El bebé está como "enamorado" de la madre. Busca su proximidad. Su pre-



**BOWLBY JOHN**  
26-2-1907 London (UK)  
1990. London  
<http://www.psychematters.com/bibliographies/bowlby.htm>

**Bowlby.** *El apego y la pérdida.*  
1. El apego.  
Paidós, Barcelona1998.

sencia le tranquiliza en lugares desconocidos y con personas desconocidas. Si lo deja sólo en lugares desconocidos, se atemoriza y la busca. Cuando vuelve, se tranquiliza y vuelve a explorar el entorno.

Ainsworth, colaborador de Bowlby, determinó tres sistemas conductuales interrelacionados en el niño:

- Sistema del miedo.
- Sistema de conductas exploratorias.
- Sistema del apego.

Cuando el niño tiene miedo, pone en marcha conductas de apego (busca a la madre, le agarra) e inhibe las conductas exploratorias.

Cuando está tranquilo, pone en marcha conductas exploratorias. De vez en cuando mira a la madre, para comprobar si sigue cerca.

Se consideran conductas de apego: miradas, caricias, agarrarse y abrazarse.

Si lo abandona en un lugar desconocido, pone en marcha conductas de miedo y de desesperación. Por eso, los niños de seis meses a cuatro años, sufren mucho con la separación. Al separarles de las figuras de apego, resulta difícil consolarlos.

¿Por qué sufre tanto el niño con la separación? Porque no entiende aún la reversibilidad. No concibe que lo que se va pueda volver. Vive demasiado atado al presente. Por eso, si se marcha el que le tranquiliza, se pone muy nervioso.

Es preferible que el niño desarrolle apego hacia más de una persona. Así, no sufrirá tanto con la separación.

A esas edades cobran también mucha importancia los objetos transicionales. Ese muñeco, ese osito... ¡Cuántas veces ha dormido bien agarrado a él! También los tranquiliza.

Los profesionales de la salud deberíamos de tener muy en cuenta esos aspectos en la hospitalización de los niños. A los niños les tranquiliza mucho la cercanía de las figuras de apego (generalmente los padres). El hospital es un lugar desconocido, con mucha gente desconocida y al que ya acude asustado, por la enfermedad. Por eso en algunos servicios de pediatría, al lado de la cuna del niño, hay una cama para sus cuidadores.

Ainsworth, m. d. s.; Blehar, M.;  
Waters, E.; Wall, S.  
*Patterns of attachment.*  
Erlbaum Hillsdale.  
New York 1978.

También deberíamos de tolerar los objetos transicionales del bebé en la hospitalización: esa muñeca, ese oso de peluche... porque tranquilizan al niño.

No obstante, los niños que más sufren con la separación son los que han desarrollado un estilo de apego inseguro.

Ainsworth distinguió tres tipos de apego:

- Apego seguro.
- Apego inseguro:
  - Ansioso-ambivalente.
  - Evitativo.

El apego seguro o inseguro está muy relacionado con el concepto de confianza básica desarrollado por Erikson.

Los niños que han desarrollado apego seguro, tienen confianza básica. Tienen confianza hacia la madre, y se sienten seguros cuando ella está. Ponen en marcha conductas de exploración y conocen el entorno. Se arreglan muy bien con la madre en lugares desconocidos. Si la madre desaparece o se pierde, se atemorizan y lloran desconsoladamente. Al volver la madre, se acentúan las conductas de apego. Se tranquilizan y alegran, y en breve vuelven a explorar el entorno.

Los niños con apego ansioso-ambivalente, no han desarrollado la confianza básica. Incluso cuando están con la madre, no se sienten tranquilos y siempre están pegados a la madre, no realizando apenas conductas exploratorias. En lugares desconocidos aumenta la inseguridad y no deja de estar aguerrido a su madre. Si en esa situación desaparece la madre, se asustan mucho y lloran desconsoladamente. Sufren mucho y no aceptan a nadie. Al volver la madre responden con ambivalencia: le pegan y rechazan, no le muestran conductas de apego, pero no le permiten que se aleje.

El apego evitativo lo desarrollan los niños “quemados”. No tienen ninguna confianza, están escaldados, y establecen relaciones muy frías.

El desarrollar un estilo u otro de apego, influye decisivamente en las relaciones que establecemos. Hemos incorporado un modelo de relación y lo desplegaremos en sucesivas relaciones, porque es lo que hemos aprendido. Según algunas investigaciones, el tipo de relación de pareja establecido, está muy relacionado con el estilo de apego desarrollado en su día.

Los que desarrollaron un apego seguro, tienen relaciones de pareja seguras, de confianza. Disfrutan mucho con la compañía mutua. Cuando no están juntos, desean volver a estarlo, pero eso no les impide disfrutar de otras relaciones. Al reencontrarse se alegran mucho y ponen en marcha conductas de apego (abrazos, caricias, besos...y aveces, algo más).

Los que han desarrollado un apego inseguro ansioso-ambivalente, tienen relaciones de pareja turbulentas. Cuando están juntos casi siempre falla algo. Cuando no están juntos, no pueden relacionarse con otros porque no pueden estar sin la pareja. Al juntarse puede haber bronca y reproches. Hay celos.

Desde este punto de vista, esas primeras relaciones son muy importantes, porque:

- Ayudan a desarrollar la confianza.
- Se convierten en modelo de relaciones íntimas.

Como comentaba Erikson, el que no ha desarrollado la confianza básica sólo podrá desarrollarla en una relación. En esa nueva relación, puede aprender a confiar. El otro estará ahí, sin fallar. Es un tipo de relación que solo se podrá dar en una relación íntima o en una psicoterapia.

Por lo tanto, las relaciones influyen en nuestra personalidad y esta en las relaciones que establecemos.

### 2.3. Teoría del aprendizaje social de Bandura

Desde el punto de vista de Bandura, la mayoría de conductas, actitudes y temores las hemos aprendido en nuestro entorno social por observación. Por eso se le ha llamado, aprendizaje social o aprendizaje observacional.

Al principio aprendemos sobre todo en casa.

Muchos temores los hemos aprendido en casa. Temor a algunos animales, temor a algunas situaciones...los hemos aprendido en casa.

Muchas conductas las hemos aprendido en casa, saludables y no saludables. Costumbres alimenticias, de ocio, de sueño...

Ortiz, M. J.; Yarnoz, S.  
*Teoría de apego y relaciones afectivas*. UPV Bilbo 1993.



ALBERT BANDURA.  
4-12-1925 Mundare (Canada)  
Stanford.  
<http://muskingum.edu/~psychology/psycweb/history/bandura.htm>

Bandura, A. *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe. Madrid 1987.

La expresión emocional se aprende también en casa. En algunas casas la emoción se expresa de forma abierta, mientras que en otras se disimula. Observa un funeral de una familia vasca y de una familia andaluza y observa la diferencia en la expresión emocional. Sin duda, el factor cultural influye mucho.

Ser espontáneo o mostrarse como no se es, se aprende también en casa.

Saber escuchar o no saber escuchar, se aprende también en casa.

Ponerse en el lugar de otro, es algo que se aprende en casa.

Aceptar a los demás como son, o bajo estereotipos culturales también se aprende en casa.

Aprender a comunicar eficazmente, expresando abiertamente emociones y deseos, o no hacerlo, es algo que ha sucedido en casa.

Ser asertivo, respetando a los demás, pero defendiendo los intereses personales, exponiendo claramente lo que se piensa y se siente, lo hemos aprendido en casa o no.

Observar la conducta de uno mismo, y hacer autocrítica, lo hemos aprendido en casa, o no lo hemos aprendido.

Tener en cuenta las opiniones y sugerencias de los demás, lo hemos aprendido en casa o no lo hemos aprendido.

A percibir situaciones desconocidas lo hemos aprendido en casa.

A tolerar la frustración lo hemos aprendido en casa o no lo hemos aprendido.

A vivir con la incertidumbre, lo hemos aprendido en casa o no lo hemos aprendido.

El que se hayan aprendido en casa, o no se hayan aprendido, no quiere decir que no se pueda aprender después en otros lugares.

En esta asignatura vamos a tener en cuenta las habilidades relacionales, considerando como esas a:

- Autenticidad.
- Saber escuchar.
- Empatizar.
- Aceptación incondicional.
- Comunicación eficaz.
- Asertividad.

En el tema dos los describiremos, y en el tema cuatro veremos cómo se pueden desarrollar esas habilidades.

Las hemos aprendido o no. Primero en casa y luego fuera. En fin, esas habilidades se han desarrollado o no. Si no las hemos desarrollado, como profesionales de la salud nos conviene desarrollarlas.

El aprendizaje social no se da únicamente en casa. Seguimos aprendiendo por aprendizaje social en la calle, en la televisión, en la escuela, en la universidad, en las prácticas... Por lo tanto, si no hemos desarrollado una habilidad, o si la hemos desarrollado inadecuadamente, se puede aprender bien por aprendizaje social.

El aprendizaje social tiene tres momentos:

- Observación
- Fijación en la memoria
- Realización.

Primero observamos. Luego fijamos en la memoria lo aprendido. Por último realizamos lo aprendido.

El entrenamiento es fundamental en el desarrollo de una habilidad. Si hemos observado bien, lo podremos repetirnos mentalmente (entrenamiento en imaginación). Luego, tras fijarlo en la memoria, repetiremos la acción (entrenamiento en la realidad).

Desde el punto de vista de Bandura, aprendemos por observación de modelos. Observamos detenidamente a un modelo si ha captado nuestra atención. Eso sucede si:

- Nos ha emocionado.
- Si nos resulta atractivo
- Si es prestigioso o competente.
- Si nos identificamos.



Una conducta aprendida puede llegar a realizarse o no. Eso depende de:

- La motivación.
- La autoeficacia. La autoeficacia consiste en la creencia de uno de si va a ser capaz de hacerlo o no. Si creemos que seremos capaces, lo intentamos, sino ni siquiera lo intentamos. La autoeficacia es un constructo muy relacionado con el autoconcepto y con la autoestima.

Desde el punto de vista del aprendizaje social el estilo de relación es aprendido. Nos relacionamos como hemos aprendido. Si aprendemos a relacionarnos de otra manera, nos relacionaremos de otra manera. Podéis constatar que este punto de vista es compatible con el de Erikson y el de Bowlby.

Desde ese punto de vista, las habilidades relacionales, se han desarrollado o no se han desarrollado. Si no se han desarrollado habrá que aprenderlas, habrá que desarrollarlas.

### 3. Los procesos cognitivos influyen en nuestras relaciones interpersonales

Los conductistas defendían que nuestra conducta se puede explicar por una historia de refuerzos y castigos acumulados en nuestra vida. Somos como somos, porque a lo largo de nuestra vida se nos ha premiado el ser de esa manera. Nuestra conducta no es más que la respuesta a un estímulo al que hemos aprendido a responder.

Los neoconductistas, defendían que la conducta de los humanos no podía explicarse de una manera tan simple. Que entre el estímulo y la respuesta que damos, están todos los procesos cognitivos que ponemos en marcha.

El estímulo es percibido por el sujeto, y cada sujeto lo percibe desde su manera de entender el mundo. Ha aprendido a interpretar de una manera y todos no lo interpretamos igual dependiendo de lo que hemos vivido. Percibimos, explicamos, atribuimos.... dependiendo de cómo lo hemos aprendido a hacer.

Desde el punto de vista conductista, los estímulos y refuerzos explicarían las relaciones. Si me compensa, tenderé a mantener la relación. No obstante, ya sabemos, que en las relaciones tanto como la realidad influyen las expectativas.

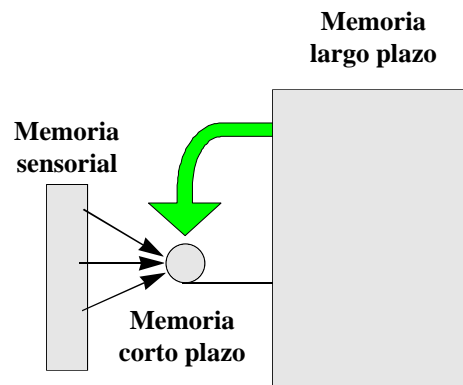
#### 3.1. Funciones cognitivas

Entre las funciones cognitivas vamos a distinguir:

- Memoria.
- Percepción.
- Pensamiento.

La memoria es el proceso cognitivo por el que almacenamos información y la recuperamos. Hay varios modelos explicativos de la memoria. El modelo multi-almacén distingue tres tipos de memoria:

- Memoria sensorial: Almacén que guarda por unos pocos instantes gran cantidad de información procedente de los sentidos.
- Memoria a corto plazo: es la memoria de trabajo, la conciencia. En él está lo que estamos pensando en cada momento. Tiene poca capacidad y retiene poco tiempo, pero es serial, por lo que permite hacer relaciones. Se encarga de fijar la información en la memoria a largo plazo. Recoge la información sensorial y los recuerdos evocados de la memoria a largo plazo. En él se dan los procesos de percepción y el pensamiento. Sería la memoria RAM de los ordenadores.
- Memoria a largo plazo: En él se guarda gran cantidad de información durante mucho tiempo. Sería como el disco duro del ordenador.



La percepción es el proceso cognitivo mediante el cual interpretamos lo que entra por nuestros sentidos. Tratamos de ajustar lo que entra por nuestros sentidos a lo que tenemos guardado en la memoria. Intentamos entender el mundo que nos rodea desde lo que conocemos.

El pensamiento es el flujo de ideas que a modo de grifo baña nuestra conciencia. Se distinguen dos tipos de pensamientos:

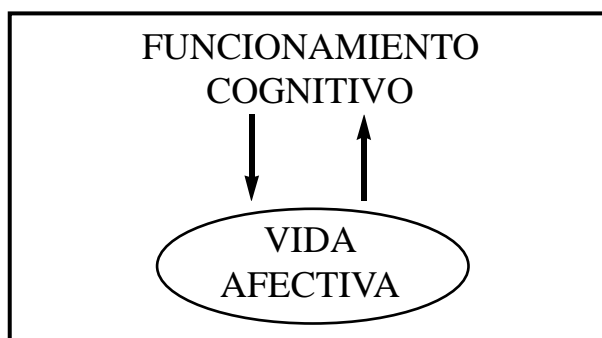
- Pensamiento espontáneo.
- Pensamiento dirigido.

El pensamiento espontáneo consiste en ese flujo de ideas continuo que acontece en nuestra conciencia. Es lo que pensamos cuando no pensamos.

Sin embargo, a veces utilizamos nuestro pensamiento de forma dirigida y con el objeto de sacar unas conclusiones. Nos representamos el mundo en nuestra mente y tratamos de hallar explicaciones a lo que sucede, de prevenir situaciones o de anticiparnos a problemas con soluciones concretas. Esta forma de pensamiento se llama pensamiento dirigido. El adulto piensa de forma lógica y abstracta. Piensa con conceptos abstractos y de forma lógica (tiene en cuenta todas las posibilidades y elige la mejor). Esta forma de pensamiento, el pensamiento inteligente, es un logro del hombre como especie, y un logro de todos los individuos. Los niños no tienen este tipo de pensamiento y lo van adquiriendo poco a poco a lo largo de los años. El pensamiento lógico abstracto o pensamiento formal se adquiere en la adolescencia (no todos los individuos llegan a adquirirlo).

Por lo visto disponemos de un instrumento cognitivo que nos permite guardar información, percibir y pensar lógicamente. Sin embargo, el hombre no es un ordenador y no realiza esas funciones con la objetividad del ordenador. El hombre siente, tiene emociones y eso le quita objetividad. El hombre tiene unas funciones cognitivas muy desarrolladas, pero aún es un animal que siente y los sentimientos y emociones influyen en el funcionamiento cognitivo.

Al mismo tiempo, las funciones cognitivas influyen en la vida afectiva. Según lo que percibamos, según cómo interpretamos lo sucedido, según qué atribuciones hagamos, tendremos diferentes emociones y sentimientos. Por lo tanto, el funcionamiento cognitivo influye en la vida afectiva.



### 3.2. Características del funcionamiento cognitivo

- Guarda información en la memoria, pero lo que guarda es subjetivo, lo vivenciado por el sujeto. Para guardarlo en la memoria tiene que ser percibido previamente.

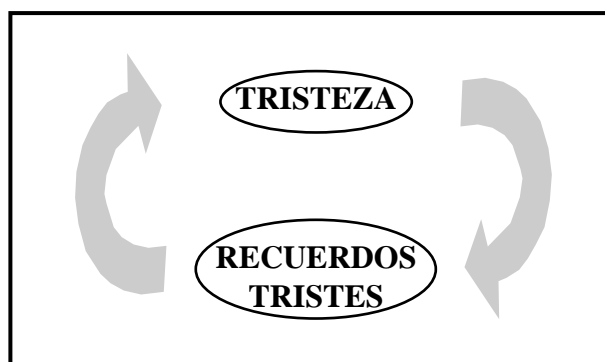
- No se guarda lo directamente captado con los sentidos, sino una reconstrucción de lo mismo, desde su subjetividad, influido por lo que ha vivido y por el momento emocional en que se encuentra. Por eso dos personas distintas no recuerdan igual un mismo acontecimiento vivido por ambos, porque no lo registraron igual.

En las terapias de pareja es muy frecuente que cada uno cuente un mismo suceso de formas muy diferentes. En las relaciones, un acontecimiento es vivido y guardado de forma diferente por las dos personas.

Con el enfermo nos daremos cuenta que los dos no recordamos lo mismo sobre algo sucedido en reuniones anteriores. Los dos no hemos puesto la misma atención, no lo hemos percibido igual y no lo hemos registrado igual. Entonces, ¿Cómo lo vamos a recordar igual?

- Recobra la información guardada, pero no lo que desea cuando desea. A veces queremos recordar algo y no lo conseguimos. Otras veces no queremos recordar algo y no lo podemos quitar de la cabeza. Cuando estamos tristes recordamos más acontecimientos tristes de nuestra vida. Cuando estamos alegres, recordamos más acontecimientos alegres de nuestra vida. El desear algo, nos trae recuerdos que intentan satisfacer ese deseo (“Tú te acuerdas de lo que interesa” “El que hambre tiene, con pan sueña”).

No es raro que el enfermo esté triste. Cuando estamos tristes, rememoramos cosas tristes, lo que mantiene nuestra tristeza. Suele costar que el enfermo salga de esa situación. Lo mejor suele ser distraerse. El entretenerse con una actividad agradable puede traer otro tipo de recuerdos más alegres a la cabeza. Lo peor suele ser que el paciente pasa horas aburrido, pensando en su enfermedad y con la conciencia llena de recuerdos tristes y terribles. No suele ser agradable para el profesional de la salud. Apetece poco estar con una persona que está triste. La tristeza también se contagia. Si después de mucha dedicación conseguimos que se alegre un poco, es posible que al día siguiente se encuentre igual de triste que antes. Es frustrante. Tal vez lo que más nos conviene es ir acostumbándonos a que el enfermo estará triste. Por un lado, lo normal es que el enfermo esté triste por lo que le sucede. Lo anormal sería no estar triste. No obstante, el enfermo necesita desahogarse, y una de nuestras funciones será escucharle y apoyarle.

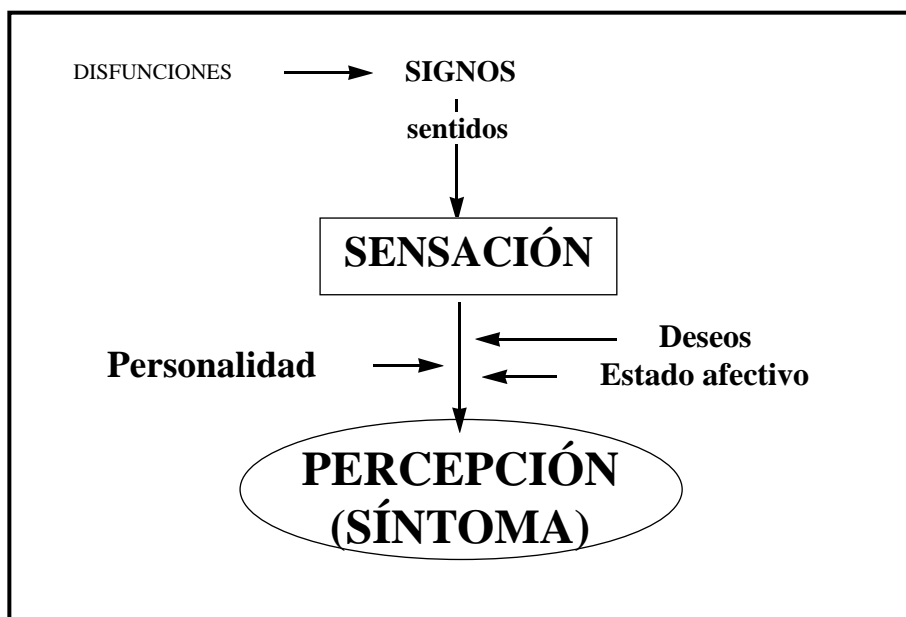


- Dos personas diferentes perciben de diferente modo una misma realidad, porque lo perciben desde lo que conocen, lo que han vivido y el momento emocional en que se encuentran. Por lo tanto, no es raro que dos personas diferentes interpreten de forma diferente un mismo acontecimiento. En parte por eso se recuerdan luego de forma diferente.

El profesional de salud y el enfermo pueden estar viviendo la misma realidad, pero lo percibirán de forma diferente. Una de las funciones del profesional de la salud será ponerse en el "pellejo" del enfermo y tratar de darse cuenta de cómo puede percibir el paciente esa misma situación.

Por ejemplo el enfermo y el profesional de la salud, perciben muy diferente los tiempos de espera. Los enfermos los perciben muy largos y los profesionales muy cortos.

Las enfermedades producen alteraciones. Algunas alteraciones son signos que pueden observarse por métodos objetivos. Sin embargo, los síntomas son subjetivos. Los síntomas no son más que la percepción de sensaciones corporales. Algunas alteraciones producidas por algunas enfermedades no producen sensaciones corporales, y sólo podemos detectarlos por exploración o análisis (signos). Sin embargo, otras alteraciones producen sensaciones corporales. Esas sensaciones las recogemos a través de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto, equilibrio y tacto). Es percibido como todo lo que entra a través de los sentidos, y ya sabemos que la percepción no es objetiva. Cada uno percibe desde su experiencia (personalidad y vivencias) y desde el momento afectivo en que se encuentra (deseos y emociones). Por eso, aunque dos enfermos tuvieran las mismas sensaciones, tendrían diferentes percepciones. Aunque tengan la misma lesión, tendrán diferente dolor.



No podemos olvidar que el dolor y síntomas parecidos son percepciones. Nos cuesta mucho entender como dos personas con lesiones parecidas pueden tener un sufrimiento tan diferente. Los que sufren mucho a veces nos desconciertan porque el grado de sufrimiento no parece corresponderse con la lesión que tienen.

- Procuramos ajustar la nueva información a lo que ya conocemos (somos cognitivamente conservadores). Tenemos la mente llena de conceptos que conocemos. Cuando nos dan uno nuevo tratamos de

ajustarlo a lo conocido (asimilación). Este punto de vista es económico, pero a veces falla. Cuando falla, introducimos un nuevo concepto (adecuación). Piaget basó en estos dos mecanismos la inteligencia humana: Asimilación y acomodación. Este mecanismo económico de nuestra percepción explica en parte el mantenimiento de los estereotipos sociales. Cuando conocemos poco una realidad social, utilizamos los estereotipos. Un conocimiento más profundo de esas realidades sociales nos lleva a abandonar esos estereotipos.

Tanto el enfermo como los profesionales de la salud, necesitamos de las etiquetas. Los pacientes “difíciles” son aquellos para los que no tenemos etiqueta. En esas situaciones de incertidumbre nos manejamos mal los profesionales.

Cuando conocemos poco una realidad, nos manejamos con unos pocos estereotipos. A medida que vamos conociendo más esa realidad, se desarrolla un auténtico conocimiento, y se abandonan los estereotipos.

Al hablar de percepción social, constataremos que es también conservadora. Partiendo de lo que ya conocemos, percibimos lo desconocido. A lo que conocemos poco, le aplicamos estereotipos.

Los profesionales de la salud tenemos que estar alerta con esos procesos.

– La capacidad de pensar de forma lógica y abstracta es la que hace del hombre un animal diferente, un animal inteligente. Nos permite representar mentalmente el mundo y hacer predicciones, lo que nos da seguridad. De hecho, así es como se construye la ciencia. Sin embargo, en la vida cotidiana hacemos predicciones, atribuciones de causalidad, atribuciones de intencionalidad etc.. respecto a la vida social. En estos procesos perdemos toda objetividad y hacemos atribuciones interesadas.

No es raro encontrar enfermos con pensamiento mágico sobre la enfermedad. Creen que han enfermado por cosas que ha realizado mal o por deseo divino, y que curarán por los mismos fenómenos. Es entendible que piensen cosas así, porque no conocen las enfermedades. Sería demasiado esperar de ellos un pensamiento lógico en cuanto a las enfermedades se refiere. Procuraremos explicarles lo que sucede lo más asequible posible. No obstante, a menudo, no entenderán bien. A menudo, tendremos que repetir más de lo que nos gustaría lo mismo. Paciencia.

### 3.3. Percepción social

Así como percibimos objetos, percibimos también personas y situaciones sociales. Y como no, nos percibimos a nosotros mismos como personas y a nosotros mismos interactuando con los demás.

Zupiria, X. *Sensopercepción*. Tazón P. Eta lag. Ciencias psicosociales. Masson, Barcelona 1996. 6. Kap.: 77-94.

Al percibir a los otros hay que tener en cuenta si se trata de una persona desconocida o de una persona conocida.

Cuando se trata de una persona desconocida nos basamos en la primera impresión. Siguiendo el funcionamiento economicista que antes decíamos, aplicamos conceptos almacenados en nuestra memoria. Utilizamos teorías implícitas de la personalidad, incluidos los estereotipos sociales. Estas teorías implícitas de la personalidad son teorías muy simples, aprendidas en nuestro entorno social y compartidos por los miembros de nuestro entorno social. Son simples, y basándonos en unos pocos rasgos, nos dicen como es la persona.

- “Todos los guapos son estúpidos”
- “Los niños bien son superficiales”
- “Los borrokas son muy radicales”
- “Los chicos siempre pensando en lo mismo”
- “Los gitanos son ladrones”

En los primeros contactos, nos fijamos sobre todo en atributos con saliencia perceptual (llamativos). Son rasgos con saliencia perceptual:

- Los rasgos que sobresalen de la norma.
- Los que producen más impacto emocional.
- Los que coinciden con nuestras expectativas.

Basándonos en esos rasgos, aplicamos nuestras teorías implícitas de la personalidad, incluidos los estereotipos sociales.

En psicología social se habla del error atribucional fundamental, para explicar el fenómeno por el cual, tendemos a atribuir la conducta de una persona a factores disposicionales estables de la personalidad. Cuando vemos la actuación de alguien tendemos a pensar que lo hace por su forma de ser. Eso nos tranquiliza. “Si es de esa manera, ya sé qué hacer la próxima vez”. No tenemos en cuenta que además de la personalidad hay muchos factores que determinan nuestra conducta. Por ejemplo los factores ambientales. Como espectadores, no nos fijamos en los factores



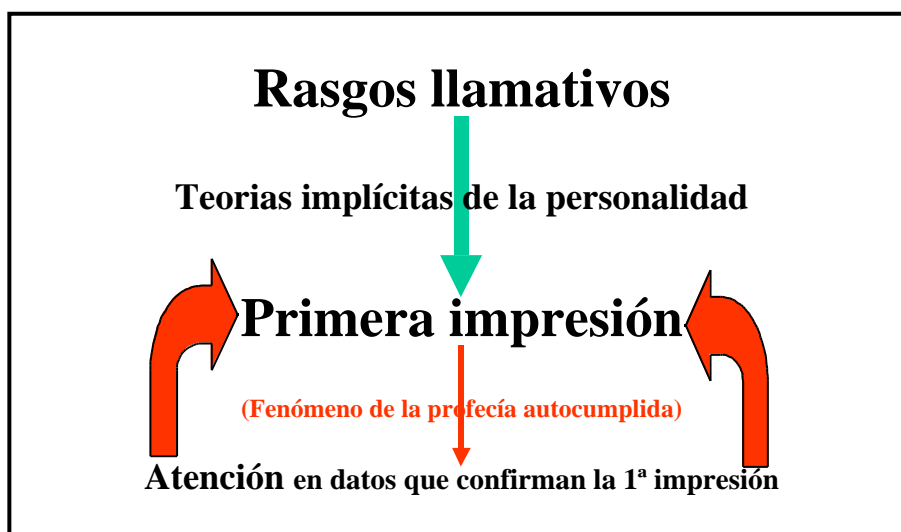
ambientales que pueden estar presionando a la persona a actuar así. Sin embargo es en lo que más nos fijamos cuando queremos explicar nuestra conducta.

Esta primera impresión no tendría mayor importancia si no fuera porque tiende a mantenerse en el tiempo. De ahí la importancia de causar una primera impresión buena en los pacientes.

Es cierto que cuando convivimos durante largo tiempo con las personas, esas primeras impresiones dejan lugar a impresiones mucho más ricas y complejas. Cuando conocemos bien a una persona tenemos mucha información acerca de la misma.

Sin embargo, cuando mantenemos relaciones esporádicas, tendemos a mantener la primera impresión. El fenómeno sucede de la siguiente manera:

- Basándome en unos rasgos que han llamado mi atención, aplico una teoría implícita de la personalidad y me hago una primera impresión de cómo es la persona.
- En sucesivos encuentros busco los elementos que confirman mi teoría, rechazando todo aquello que la desconfirme (fenómeno de la profecía autocumplida). Por lo visto, es más importante para nosotros mantener nuestros puntos de vista y la coherencia de lo que pensamos, que conocer la verdad, sobre todo cuando se refiere a conocimiento social.



Los estereotipos sociales son conocimientos muy pobres y limitados de la realidad social. Se construyen gracias a fenómenos cognitivos muy comunes: Saliencia perceptual y correlación ilusoria.

Si en un ambiente determinado oímos un ruido de disparo y vemos a uno correr, es muy probable que pensemos que ese es el que ha producido el disparo. Dos estímulos han llamado nuestra atención, el disparo y la persona corriendo (saliencia perceptual) y tendemos a relacionarlos (correlación ilusoria). Se tiende a echar la culpa de los males sociales a las minorías diferentes.

Los estereotipos sociales negativos además tienen una función social, expiar la culpa y ponerla en otros. Por eso las minorías se convierten en chivos expiatorios.

En los carnavales suele haber un chivo expiatorio, al que se le cargan todas las culpas de lo sucedido a lo largo del año, y luego se le quema (ver el carnaval de Lanz).

Es muy importante tener esto muy claro como profesionales de la salud.

En primer lugar nos daremos cuenta de la importancia de la primera impresión. Es muy importante la primera impresión que el profesional causa en el enfermo. Los enfermos en general, saben poco de psicología social. Si les causamos mala impresión, empezamos mal. Por eso es importante el aspecto físico y actitud de los profesionales de la salud: higiene, respeto...

Estaremos alerta de cómo percibimos al enfermo. Habrá que tener cuidado con los estereotipos sociales. Tendremos que hacer esfuerzos para no ver al enfermo a través de estereotipos.

Además de los estereotipos socialmente compartidos, son muy importantes los estereotipos que funcionan en el mundo de la salud. “El enfermo quejica” “el pesado” “el hipocondríaco” ... Son estereotipos generados y mantenidos por los propios profesionales de la salud, que perjudican mucho a esos pacientes.

### 3.4. Atribución causal

La atribución causal consiste en atribuir causalidad. Pensar que algo ha sucedido por una causa. Para el hombre es muy importante conocer la causa de los acontecimientos. Eso le produce una ilusión de control que le tranquiliza. Si sé por qué sucede algo puedo prevenirlo o evitarlo, cuanto menos atenuarlo.

Zupiria, X. *Pensamiento e inteligencia*. Tazón P. Eta lag. Ciencias psicosociales. Masson, Barcelona 1996. 8. ikasgaia: 115-130.

El hombre vulgar se comporta como un científico social. A diario se hace preguntas y atribuye causas a los sucesos. Sin embargo, como “científico de la vida cotidiana” cometemos multitud de sesgos:

- Por un lado, no nos detenemos a analizar todos los sucesos. Sólo atendemos aquellos que nos resultan más llamativos o que más se adecuan a nuestras expectativas.
- La principal motivación no es casi nunca conocer la verdad. A menudo es más importante que el suceso refuerce esquemas previos y expectativas.
- Como miembro de grupos, compartimos con los otros miembros un conocimiento conjuntamente creado y mantenido. A menudo nos dejamos influir por ese conocimiento sin cuestionarnos demasiado la corrección o no de la atribución causal, porque de esa forma nos sentimos integrado en el grupo.

Entre otras cosas hace atribuciones sobre:

- La causa de las enfermedades.
- El comportamiento de los demás.

Si bien la persona adulta tiene la capacidad de pensar de forma abstracta y lógica, no lo hace de continuo ni en todos los ámbitos. Fundamentalmente somos lógicos en los ámbitos donde tenemos acumulada gran cantidad de información, como puede ser nuestra profesión. Sin embargo, en otros ámbitos tenemos formas de pensar más infantiles.

Las atribuciones que hacen los enfermos de su enfermedad, son de lo más variopinto. A menudo no podremos quitarles de la cabeza unas creencias falsas. La importancia radica en que sus creencias explican su actitud ante la enfermedad.

Algunos enfermos por ejemplo, piensan que la enfermedad es designio de Dios. Atribuciones de ese estilo descargan de responsabilidad al enfermo

y predicen una actitud pasiva frente a la enfermedad que no beneficia en absoluto el proceso de curación. En estos casos animaremos al enfermo a tomar una actitud activa frente a su enfermedad.

El enfermo tiene sus creencias y ritos, y tendremos que respetarlos en la medida de lo posible.

Entre otras atribuciones, los humanos hacemos atribuciones sociales. Cuando alguien realiza una conducta, nos preguntamos por las razones que le han llevado a hacer eso. En este proceso, el error más habitualmente cometido es el “error atribucional fundamental”. El error consiste, en que además de la personalidad, hay factores externos que determinan la conducta.

Parece ser que lo que más nos interesa al hacer atribuciones de la conducta de otros es el atribuir intencionalidad.

Según Heider, si hubiera que analizar objetivamente qué es lo que determina que una persona lleve a cabo una conducta concreta, se debería de tener en cuenta:

- Su capacidad para realizar esa conducta
- Su motivación para realizar esa conducta
- La dificultad de realizar esa conducta.
- La oportunidad de llevar a cabo esa conducta.

Si la conducta no es difícil, el sujeto tiene capacidad de realizarla, tiene motivación de realizarla y la oportunidad de realizarla, se podría decir que la ha realizado intencionadamente. Joves y Davis añaden que es así, sobre todo, si la conducta tiene consecuencias únicas y el actor tiene conciencia de las consecuencias de la acción.

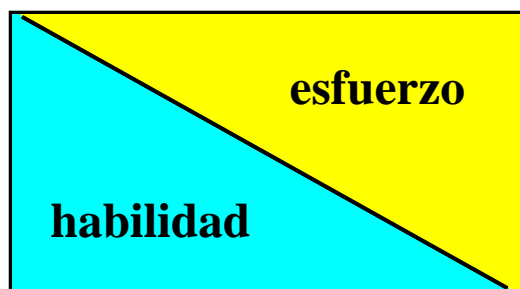
Sin embargo, en la vida cotidiana descuidamos la dificultad de la conducta y la oportunidad de realizarla sobrevalorando la capacidad y la motivación del actor.

En el caso de los profesionales de la salud, pocos pacientes pensarán que su problema es difícil. Lo más frecuente es que el paciente que no está satisfecho de la actuación profesional lo atribuya a falta de cualificación (no sabe) o falta de interés del profesional.

Si bien es cierto que su hostilidad puede provenir de que sus expectativas no han sido satisfechas y de la frustración que ello conlleva, él lo atribuye al profesional, lo que alimenta su hostilidad. Son momentos difíciles de la relación enfermo-profesional de la salud. Nos vendrá bien a los profesionales, aprender a tolerar la frustración del enfermo. Eso no quiere decir negar la frustración del enfermo. Quiere decir, percatarse de su enfado, darnos cuenta de que es por la frustración, tratar de entender su situación y ayudarle a sobrellevar su frustración. No es fácil. A menudo, nosotros mismos no estaremos bien. Es posible que sin querer, contraataquemos. Lo más importante es que nos demos cuenta de ello, para evitar que se repita.

Si su problema no se resuelve, será raro que piense que el profesional tiene sus limitaciones y dificultades, o que se trata de un problema difícil y que se está haciendo todo lo posible.

El hombre hace las atribuciones a diario sin tener en cuenta los factores que puedan explicar una conducta, basándose en esquemas causales muy simples. Por ejemplo, el éxito depende del esfuerzo y de la capacidad, de tal forma que a más capacidad menos esfuerzo y a más esfuerzo menos capacidad. El paciente pensará que el profesional o no sabe o no se esfuerza.



Lo peor es que los profesionales de la salud utilizamos para hacer atribuciones sobre la conducta del paciente, esquemas tan simples como esos. El profesional suele pensar que el paciente no se esfuerza, porque percibe que podría colaborar más. Además ya se le ha explicado suficiente, por lo tanto se descarta el que no sepa.

Lo más importante de las atribuciones realizadas es que desencadenan o mantienen respuestas emocionales y que todo ello influye decididamente en las relaciones.

Weiner observó que las atribuciones generan emociones. Que al hacer atribuciones tenemos en cuenta:

- Si la consecuencia de la conducta es buena o mala.
- Si la causa era controlable o no.

Si la consecuencia es positiva y está bajo control propio, se produce el orgullo.

Si la consecuencia es positiva y la atribuyo a factores controlables por los demás, se produce el agradecimiento. Si el proceso de curación lo atribuyo al buen hacer de los profesionales de la salud, se producirá el agradecimiento.

Si la consecuencia es negativa, y la atribuyo a factores controlables por mí mismo, se produce la culpa. Es un sentimiento frecuente en los enfermos y que no lleva a buen puerto. Se sienten culpables de su enfermedad. Es frecuente también el sentimiento de culpa en los profesionales. Lo peor de la culpa es que inmoviliza y produce mucho sufrimiento. Siempre puede salir algo mal. ¿Qué le vamos a hacer?

Si la consecuencia es negativa y lo atribuyo a factores controlables por otros, se produce el enfado. El enfermo puede pensar que su curación dependía del médico pero que lo ha hecho mal, que ha sido por su culpa. Se produce un sentimiento de ira contra el médico. Lo más curioso es que también sucede al revés. El profesional cree que el enfermo no ha hecho lo que tenía que hacer y le riñe al enfermo. Son los momentos más delicados de la relación enfermo/profesional de la salud.

## 4. La vida afectiva influye en las relaciones interpersonales

### 4.1. El deseo influye decisivamente en nuestras relaciones interpersonales

El ser humano es un animal racional. Tiene inteligencia. Las funciones cognitivas del hombre son muy evolucionadas. Tiene memoria, percibe, piensa y razona. Los ordenadores tienen mejor memoria que el hombre. Sin embargo no perciben igual y realizan funciones lógicas sin equivocarse. ¿Por qué se equivoca el hombre?

A diferencia de los ordenadores el hombre tiene una vida afectiva. Tiene emociones y deseos. Y lo más importante, la vida afectiva influye decisivamente en el comportamiento y en el funcionamiento cognitivo.

Gran parte de nuestro comportamiento está muy influido por nuestras motivaciones y deseos.

La motivación es la fuerza que nos empuja a hacer algo. La principal motivación del hombre es el conseguir placer. Es hedonista.

Se habla de dos teorías de la motivación:

- Teoría homeostática.
- Teoría incentivadora.

Atendiendo al placer conseguido en la conducta, también se habla de motivación primaria y de motivación secundaria.

El modelo homeostático plantea que detrás de la motivación hay siempre una necesidad. Que el desequilibrio fisiológico genera la necesidad y que eso es fuente principal de la motivación.

Tengo hambre. El hambre es una sensación desagradable que me empuja a comer para restablecer un equilibrio perdido. El comer empujado por el hambre respondería a un modelo homeostático sobre la motivación.

Entonces, ¿Por qué bebo alcohol si no tengo sed? El alcohol es una sustancia con efectos agradables (para algunos) en el SNC. La experiencia agradable me invita a volver a realizar esa conducta. Por lo tanto, detrás de toda conducta no habría necesidad, sino búsqueda de placer.

Yo puedo realizar una conducta porque es agradable en sí misma (motivación primaria). Yo puedo realizar una conducta que no es agradable en sí misma porque las consecuencias a largo plazo son deseadas por mí (motivación secundaria).

Si tengo sed y bebo agua, estoy realizando la conducta porque es agradable en sí misma. Si estudio medicina, enfermería, psicología, farmacia o asistencia social, es posible que tenga que realizar conductas que no son agradables en sí mismas, pero que a la larga me va a permitir obtener un título para desarrollar una profesión (que es lo que deseo).

En realidad, la emoción que vehicula estas conductas es el deseo. El deseo es el motor de nuestras conductas. El deseo repercute incluso en nuestro funcionamiento cognitivo (lo que no sucedería jamás, de momento, en un ordenador):

- El deseo hace que tengamos más accesibles en la memoria recuerdos compatibles con nuestro deseo. (“Sólo te acuerdas de lo que te interesa.”)
- El deseo hace que percibamos algunas situaciones respondiendo a nuestros deseos. No te ha pasado nunca el ir por la calle y divisar a lo lejos esa persona que tanto te gusta. Sin embargo, cuando está cerca te percatas de que no es esa persona, esa persona que últimamente ves en cualquier sitio. Hay dichos que nos hablan de este fenómeno: “Tú ves lo que te interesa”, “Oyes lo que te interesa” “Entiendes lo que te interesa”.)
- El deseo hace que no funcionemos racionalmente. Muchas de nuestras decisiones y atribuciones dejan de ser racionales por influjo de nuestros deseos (“No quieres verlo”, “Has decidido pensando en lo que quieres, no has sido realista”.)

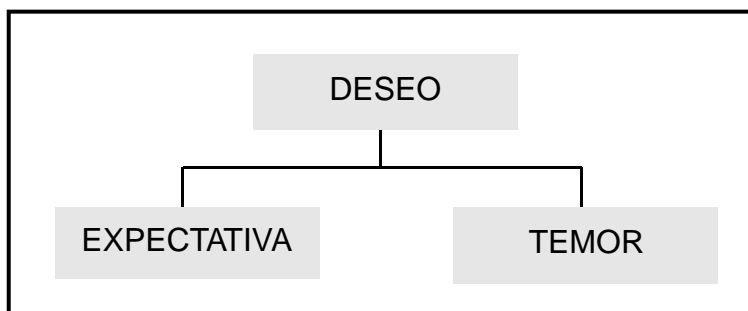
Los pensamientos que tenemos espontáneamente tienen mucho que ver con el estado afectivo. El psicoanálisis utiliza la técnica de la “asociación



libre” de ideas en terapia. Se invita al enfermo a que diga espontáneamente lo que le viene a la mente. Se le pide que muestren el pensamiento espontáneo.

El pensamiento espontáneo se alimenta de la memoria. Vienen de la memoria imágenes y recuerdos acorde con el estado emocional en que nos encontramos. Entre otras cosas, encontramos en el pensamiento espontáneo, temores y expectativas.

Los temores y expectativas son expresiones de nuestro deseo en el pensamiento espontáneo. La expectativa no es más que el reflejo de la esperanza de que el deseo se va a cumplir. El temor sin embargo, es el resultado de la preocupación de que el deseo no se cumpla. Por lo tanto, en el pensamiento espontáneo observaremos la representación de nuestros deseos. Pensamos en lo que deseamos (“El que tiene hambre con pan sueña”). Por ejemplo, si tengo la expectativa de que voy a ser aceptado, es porque deseo ser aceptado. Del mismo modo, si temo no ser aceptado, es porque deseo ser aceptado.



Cuando decidimos hacer una carrera hay un largo camino y duro. Aún así hay una gran ilusión por hacer algo que desconocemos. ¿De donde sacamos la fuerza?. La motivación de estudiar una carrera es generalmente secundaria (pocos alumnos disfrutaban de estudiar en sí mismo). ¿Cómo podemos desear algo que desconocemos? Porque lo imaginamos. Lo que imaginamos es lo que creemos que nos va a dar esa profesión, algo que deseamos (bien por carecerlo o por desearlo mucho).

Lo que esperamos hay que buscarlo dentro de nosotros mismos. ¿Cuál es la principal motivación para elegir esta carrera? ¿Cómo te imaginas el futuro profesional? ¿Qué es lo que buscas? ¿Cómo imaginas el trabajo que vas a realizar?

Los deseos y expectativas que tenemos son muy legítimos. Tenemos absoluto derecho a desear lo que deseamos. Sin embargo, es posible que ello repercuta negativamente en la satisfacción y en nuestras relaciones profesionales. Necesitamos conocer nuestros deseos. ¿Qué espero de esta profesión? ¿Qué espero recibir? ¿Puedo esperar eso?

Imaginemos que una persona decide estudiar enfermería con la idea consciente de ayudar a los demás. Debería de hacerse unas preguntas:

¿Por qué quiero ayudar a los demás?

¿Por qué elijo como profesión ayudar a los demás?

¿Qué deseo se esconde detrás?

¿Qué consecuencias positivas trae para mí el ayudar a los demás?

En todas las relaciones que establecemos esperamos algo de los demás. Es cierto que muchas veces no somos muy conscientes de lo que deseamos en esa relación. En euskera relación es “harremana” (hartu eta eman= coger y dar). La relación es un intercambio de algo.

Cuando comienza una relación, las personas implicadas tienen unas expectativas. Esperan que en esas relaciones se van a llevar algo bueno para ellos. No obstante es cierto que a menudo ni siquiera nosotros mismos sabemos lo que queremos. Lo más importante es saber lo que deseamos, sino es posible encontrarnos a nosotros mismos muchas veces, buscando algo en un lugar donde nunca lo vamos a recibir.

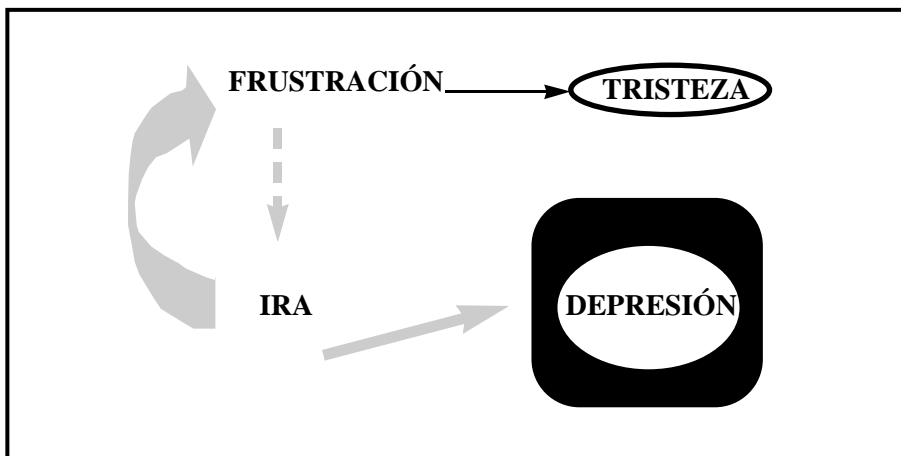
Imaginemos que busco en las relaciones ser tenido en cuenta. Si entablamos relación con una persona “narcisista” que pasa el día fijándose en sí mismo, no nos tendrá en cuenta.

Imaginemos que busco el ser cuidado y depender de la otra persona. Si entablo relación con una persona muy dependiente, en lugar de ser cuidado, tal vez lo que acabaré es cuidando de él.

Al comenzar una relación, cada uno va con sus expectativas. Algunas son manifiestas, pero otras no. Por eso cuando empezamos una relación tenemos expectativas y temores. Sino tendríamos certeza. Expectativas de que se cumplirá lo que deseamos y temores de que no se va a cumplir.

A medida que la relación avanza, si no se cumplen las expectativas, pero sí los temores, la relación puede terminar. Esa es la principal causa de ruptura de relaciones. Al establecer la relación, los deseos no son explícitos. Por eso, a medida que la relación avanza, si no se cumplen las expectativas la relación puede romperse. Sino, se negocian en la misma relación.

El incumplimiento de expectativas trae consigo frustración. La emoción normal es la tristeza. Sin embargo no es infrecuente que atribuyamos el incumplimiento a la otra persona y nos enzarcemos en la hostilidad. Atribuimos al otro el incumplimiento de las expectativas: “ha cambiado” “se ha portado mal”. En situaciones así nos enfadamos, por no aceptar que “hemos perdido”. Entramos en una espiral de hostilidad-frustración del que es difícil salir. Al tiempo, por no haber aceptado la pérdida y por no estar tristes, acabamos agotados, deprimidos.



La mayoría de las veces simplemente no se han cubierto nuestras expectativas. El otro no ha sido consciente de haberlas incumplido. Ello es debido a que generalmente cuando comienza una relación cada uno va con sus expectativas conscientes e inconscientes, pero no se negocian explícitamente. Hay una negociación implícita continua en la relación. Cuando la relación llega a un acuerdo implícito, continúa. Si no hay acuerdo llega la ruptura.

Como en todas las relaciones, en la relación entre el enfermo y el profesional de la salud hay deseo. El enfermo tiene sus deseos, expresados mediante expectativas y temores. Del mismo modo, el profesional tiene deseos, con sus expectativas y temores.

Podemos conocer los deseos del paciente a través de sus expectativas y temores. Podemos conocer nuestros deseos como profesionales, del mismo modo.

Como en cualquier relación, el incumplimiento de expectativas afectará en la relación. Si no se cumplen las expectativas del enfermo, puede estar

triste o enfadado. Si no se cumplen nuestras expectativas sucederá lo mismo: nos entristeceremos o nos enfadaremos. No obstante tendremos cuidado de que no sea el paciente el que “la pague”.

Es fundamental para el profesional de la salud conocer los deseos, sobre todo los ocultos, los inconscientes. Siempre están ahí y repercuten en nuestra memoria, percepción, pensamiento y como no, en las relaciones.

#### 4.2. El estado afectivo influye en las relaciones interpersonales

Hemos comentado que el estado emocional repercute en nuestra memoria, percepción y pensamiento. Cómo no, repercute también en nuestras relaciones.

En la enfermedad siempre hay frustración. Lo normal será reaccionar con tristeza u hostilidad. Será difícil encontrar enfermos tranquilos y resignados. La mayoría estarán tristes, y o enfadados, y o deprimidos y o preocupados.

Eso es lo que tenemos. Así como al pescador le toca andar en la mar, al mecánico andar con grasa, y al agricultor andar entre tierra, al profesional de la salud le toca estar con gente que sufre. Es muy importante que lo tengamos presente, porque serán personas necesitadas de ayuda. Nos toca dar y apoyar, sin esperar nada a cambio de parte del enfermo.

Estar con personas que sufren nos va a afectar, y el sufrimiento de esas personas se nos puede contagiar. Puesto que no somos impermeables afectivamente, sufriremos, nos entristeceremos, nos enfadaremos y nos preocuparemos.

## 5. Tipos de relaciones interpersonales

En este apartado vamos a hacer varias clasificaciones de las relaciones para intentar colocar la relación enfermo-profesional de la salud.

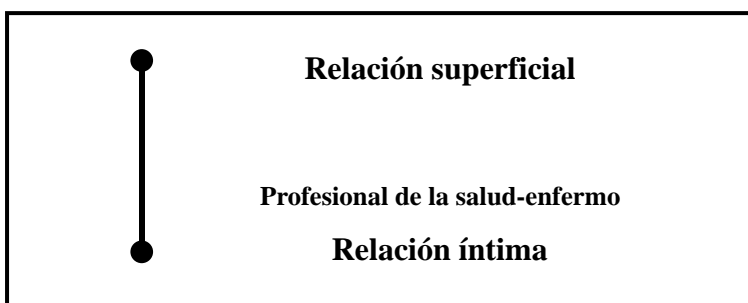
### 5.1. Relaciones íntimas/superficiales

En general podemos clasificar las relaciones en:

- Íntimas.
- Superficiales.

La relación entre el enfermo y el profesional de la salud sería algo intermedio. No es superficial porque entra en intimidades. Entra en la intimidad del enfermo, pero no en la del profesional. Además, no es íntima porque no corresponde satisfacer las necesidades afectivas en las mismas.

A menudo, esa intimidad puede confundir al enfermo y o al profesional. Eso sucede sobre todo cuando alguno de los mismos o ambos, no tiene cubiertas sus necesidades afectivas.



## 5.2. Relaciones personales/sociales

Desde el punto de vista de la psicología social, Tajfel habla de tres tipos de identidad en las personas:

- Personal.
- Identidad social.
- Identidad humana.

Tajfel, H. *Grupos humanos y categorías sociales: estudios de psicología social*. Herder. Barcelona 1984.

La identidad personal se refiere a la individual. La identidad social, a la que nos da el pertenecer a un grupo. Se ha comprobado que en situaciones diferentes, toma prioridad una identidad sobre la otra.

En las relaciones sociales toma prioridad la identidad social. Aunque este- mos sólo con otro, hay una despersonalización y una aplicación de este- reotipos sociales. No lo conocemos y le suponemos las características del grupo al que pertenece.

En la relación personal toma prioridad la identidad personal. Tomo a la otra persona como única e irrepetible, con sus características personales. Hay una atracción personal. Hay una atracción hacia el otro por lo que es, no por lo que representa ni por el grupo al que pertenece.

La relación enfermo-profesional de la salud a menudo parece una relación social. Los enfermos componen un grupo social y los profesionales otro. La relación está estereotipada. Se trata del mismo modo a todos los enfer- mos. Funciona la atracción social, no la personal.

Distintos modelos profesionales defienden que el enfermo es único e irre- petible. La relación que se propone es personal.

¿Por qué está más extendida en las profesiones sanitarias la relación social que la personal? ¿Tal vez hay temor? ¿Serán defensas?



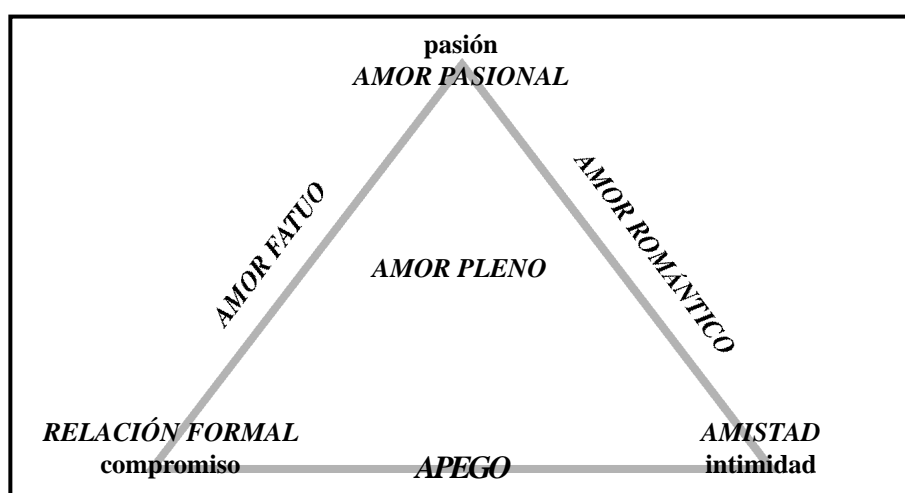
### 5.3. relación amorosa

Sternberg (1986) habla de la relación amorosa y plantea que está compuesto por tres elementos:

- Pasión
- Compromiso
- Intimidad.

Visto a grandes rasgos, diríamos que la relación profesional se basa fundamentalmente en el compromiso.

En base a esos componentes y a la combinación de los mismos, plantea distintos tipos de relación:



Sternberg, R.; Barnes, M.  
*El triángulo del amor.*  
 Paidós, Barcelona 1989.

- Amistad: relación en la que predomina la intimidad.
- Relación pasional: relación en la que predomina la pasión.
- Relación formal: relación en la que predomina los aspectos formales de la relación.
- Relación romántica: relación en la que predomina la pasión y la intimidad.
- Apego: relación en la que predomina la intimidad y el compromiso.
- Relación fatua: relación en la que predominan la pasión y el compromiso.
- Amor pleno: relación en las que se conjuntan de forma equilibrada el compromiso, la intimidad y la pasión.

La relación enfermo/profesional de la salud la colocaríamos entre la relación formal y la relación apego.

## 6. Estilos de relación interpersonal

Se definen diferentes estilos de relación para clasificar de alguna manera las tendencias en las relaciones interpersonales. Aquí plantearemos unos prototipos.

Algunos estilos de relación son más saludables que otros. El más saludable es el estilo asertivo. En las profesiones de la salud no es solo mejor, es muy conveniente.

Vamos a ver los siguientes estilos de relación:

- Estilo agresivo.
- Estilo manipulador.
- Estilo pasivo.
- Estilo asertivo.

Para hacer esa clasificación se tiene en cuenta:

- Si defiende los intereses propios.
- Si muestra los sentimientos y pensamientos de forma clara.
- Si respeta los derechos de los demás.
- Si acepta los sentimientos y pensamientos de los demás.
- Si manifiesta la discrepancia.
- Si pide explicaciones al no entender.
- Si sabe decir que no.

En un lado están los que saben mostrar disconformidad y saben decir que no. Son el estilo agresivo y asertivo.

La diferencia consiste en que antes de decir que no, el asertivo explica su opinión, oye la opinión de los otros, pide aclaraciones y discute. Toma en cuenta la opinión y sentimientos de los demás y los respeta.



El agresivo no explica bien su opinión, no toma en cuenta la opinión de los demás (a menudo ni oye), amenaza, asusta, acusa, apremia y agrede. No toma en cuenta ni respeta las ideas y sentimientos de los demás. A menudo toma decisiones sin consultar.

Tanto unos como otros manifiestan con claridad sus preferencias.

En otro grupo están los que no saben decir que no, los que no saben manifestar disconformidad, los que no saben manifestar sus pensamientos, sentimientos y prioridades con claridad.

El pasivo aparentemente acepta la opinión de los demás. En la comunicación tiende a devaluarse, y utiliza a menudo expresiones de sumisión y autoculpabilización. A pesar de no estar de acuerdo, muestra conformidad con tal de no enfrentarse. Acumula hostilidad y rencor que lo descarga de forma desproporcionada en lugares y momentos inadecuados.

La característica del manipulador es la ambigüedad. No sabe decir que no y no muestra su disconformidad (por lo menos de forma clara). Se le nota algo. Por conseguir lo que se propone disfraza los auténticos sentimientos y pensamientos. Divaga antes de entrar en materia. Utiliza la adulación y las alabanzas para dominar al contrario. Se contradice sin parar. Habla mucho y a menudo, confunde a los demás y los lleva por donde quiere. Es un falso escuchador, puesto que hace como que escucha, pero no para de interrumpir a los demás, dificultando su participación.

Tendremos enfermos de todo tipo. Nos arreglaremos mejor con unos estilos que con otros. Aprenderemos más de los que no nos arreglamos.

Como profesional de la salud, el más adecuado es el estilo asertivo. Es capaz de enfrentarse con éxito a cualquier estilo de relación. Puesto que puede estar infradesarrollado en algunos profesionales o estudiantes, es importante señalar que habría que tomarse en serio su desarrollo.

Entre las habilidades relacionales que interesa que desarrolle el profesional de la salud cabe destacar:

- Autenticidad.
- Comunicación eficaz.
- Saber escuchar.
- Capacidad de empatizar.
- Aceptación incondicional.

La persona asertiva tiene parte de esas habilidades desarrolladas. Es auténtico pues manifiesta lo que piensa y lo que siente. Puesto que respeta ideas y sentimientos de los demás sabe escuchar, y le resultará más fácil empatizar y aceptar incondicionalmente a los demás. Puesto que explica su punto de vista, y muestra claramente sus preferencias, comunica de forma eficaz.

## 7. Conclusión

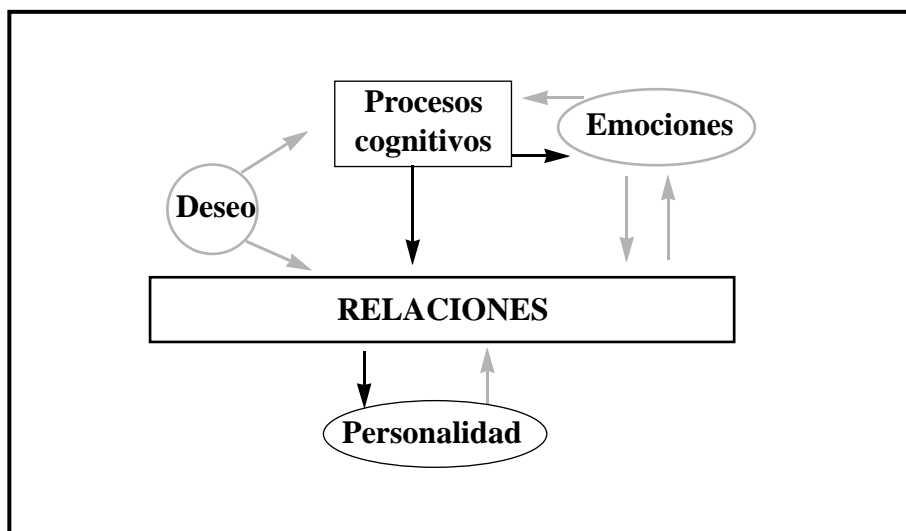
Queda claro que las relaciones son una necesidad. Satisfacer esa necesidad con los enfermos en la relación enfermo-profesional de la salud, no es adecuado. Por eso es necesario que desarrollemos el autoconocimiento. Es fundamental que detectemos nuestras necesidades y deseos. Las expectativas y temores que tenemos respecto a la profesión nos dan información valiosa sobre las mismas.

Las relaciones determinan nuestra personalidad. Muchas características de nuestra personalidad son aprendidas, aprendidas en las relaciones que hemos mantenido. Por lo tanto es posible el cambio, pero el mismo siempre se dará en el seno de otras relaciones.

En las relaciones influyen la personalidad, las funciones cognitivas y la vida afectiva.

Para las profesiones de la salud es fundamental desarrollar si no se tiene, un estilo de relación asertivo.

# Resumen



## Actividades

- Teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo de Erikson, ¿qué características dirías que has desarrollado? Justifica las respuestas.
  
- Teniendo en cuenta la teoría del apego, ¿qué tipo de apego crees que desarrollaste? ¿Cómo actúas en pareja? Explica las respuestas.
  
- ¿Qué carrera estás aprendiendo? ¿Por qué has elegido esa carrera? ¿Qué expectativas tienes de tu profesión? ¿Qué te da miedo de tu profesión? ¿Que deseos crees que hay detrás?
  
- ¿Qué estilo de relación crees que tienes? Razona la respuesta.

## Ejercicios de autoevaluación

- ¿Qué diferencia hay entre privación y separación?
- ¿Cómo influyen las relaciones en la personalidad?
- ¿Puede cambiarse la personalidad?
- ¿Cómo se expresa el deseo?
- ¿La percepción del otro influye en la relación?
- ¿La atribución social influye en la relación?
- ¿Por qué utilizamos los estereotipos en las relaciones?
- ¿Cómo surgen los estereotipos?
- ¿Cómo se mantienen los estereotipos?

## Glosario

**Apego:** Unión íntima que surge entre dos personas. Unión íntima que desarrolla el bebé a partir de los seis meses con sus cuidadores principales.

**Atribución :** Acto de creer que algo ha sucedido por determinada causa.

**Autoeficacia:** La creencia de que se es o no se es capaz de realizar cosas en general.

**Compulsión a la repetición:** Tendencia a repetir automáticamente.

**Correlación ilusoria:** Ilusión de creer que dos sucesos u objetos están relacionados por darse al mismo tiempo.

**Deprivación:** Situación de déficit afectivo y estimular.

**Expectativa:** Fantasía de cumplimiento de un deseo en la realidad.

**Figuras de apego:** Personas hacia las que se establece el apego.

**Fenómeno de la profecía autocumplida:** Fenómeno por el cual se confirma lo que se pensaba por poner atención únicamente en los datos que confirman lo que se creía.

**Objeto transicional:** Objetos a los que el niño está apegado.

**Predicción:** Anticipación de algo que va a suceder.

**Saliencia perceptual:** Característica de un objeto que la hace llamativa.

**Separación:** Separar a un niño de su cuidador principal.

## Bibliografía

### Bibliografía básica

- ERIKSON, E. H. *El ciclo de la vida completado*. Paidós, Buenos Aires 1999.
- ORTIZ, M. J.; YARNOZ, S. *Teoría del apego y relaciones afectivas*. UPV, Bilbo 1993.

### Bibliografía complementaria

- AINSWORTH, M. D. S.; BLEHAR, M.; WATERS, E.; WALL, S. *Patterns of attachment*. Erlbaun Hillsdale. New York 1978.
- ALONSO, E. *Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima*. Escuela española, Madrid 1996.
- BANDURA, A. *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe, madrid 1987.
- BOWLBY. *El apego y la pérdida I: el apego*. Paidós, barcelona 1998.
- ECHEBARRÍA, A. *Psicología social sociocognitiva*. Desclée de Brouwer. Bilbo 1991.
- ERIKSON, E. H. *Infancia y sociedad*. Hormé, Buenos Aires 1983.
- ERIKSON, E. H. *Identidad: juventud y crisis*. Taurus, Madrid 1980.
- ERIKSON, E. H.; KATCHADOURIAN, H. A. *La adultez. Fondo de cultura económico*, México 1981.
- ERIKSON, E. H.; KIVNICK, H. Q.; ERIKSON, R. *Vital involvement in old age*. Norton, New York 1989.
- MASLOWW A. H. *Motivación y personalidad*. Díaz Santos, Madrid 1991.
- HARLOW, H.; LBOVICI, S.; BOWWLBY, J.; SPITZ, R.; ZAZZO, R. *La vinculación*. Marfil, Alicante 1977.
- HENDERSON V. A. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Skarger Basel. Suiza 1971.
- SPITZ, R. *El primer año de vida del niño: génesis de las primeras relaciones obje - tales*. Aguilar, Madrid 1966.
- STERNBERG, R.; BARNES, M. *El triángulo del amor*. Paidós, Barcelona 1989.



TAJFEL, H. *Grupos humanos y categorías sociales: estudios de psicología social*.

Herder, Barcelona 1984.

VALENCIA, J. F. *Psikologia sozialera hurbiltzeko zenbait gai*. UPV , Bilbo 1992.

ZUPIRIA, X. "Sensopercepción". En, *Tazón P. y cols. Ciencias psicosociales*.

Masson, Barcelona 1996, cap 6: 77-94.

ZUPIRIA, X. "Pensamiento e inteligencia". En, *Tazón P. y cols. Ciencias psico -*

*sociales*. Masson, Barcelona 1996, cap 8: 115-130.

