

RESILIENCIA

el Poder de la Autotransformación



De la neurociencia
a la evolución humana

MARIA HENRIQUETA CAMAROTTI

RESILIENCIA

el Poder de la Autotransformación



De la neurociencia
a la evolución humana



EDITORA
KIRON

RESILIENCIA: EL PODER DE LA AUTOTRANSFORMACIÓN DE LA NEUROCIENCIA A LA EVOLUCIÓN HUMANA

AUTORA

María Henriqueta Camarotti

PROYECTO GRÁFICO Y EDICIÓN ELECTRÓNICA

Ítalo Roberto Gonçalves Silva

Editora Kiron

CREACIÓN Y EDICIÓN ELECTRÓNICA DE LA PORTADA

Edson Santos de Souza

Editora Kiron

TRADUCTOR

Eduardo Campaña

REVISIÓN ORTOGRÁFICA Y DE LA BIBLIOGRAFÍA

Gislene Maria Barral L. Felipe da Silva

ILUSTRACIÓN DE LA PORTADA

Raquel Mendes

IMPRESIÓN Y ACABADOS

Editora Kiron

(61) 3563-5048

www.editorakiron.com.br

C213r

Camarotti, Maria Henriqueta

Resiliência: el poder de la autotransformación de la neurociencia hasta la evolución humana / María Henriqueta Camarotti; Brasília: Editora Kiron, 2014.

ISBN 978-85-8113-273-0

1. Psicología. 2. Terapia comunitaria. 3. Resiliência. 4. Filosofía. I. Título

CDU 159.9

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la energía cósmica, de la cual me reconozco una ínfima parte y que me inspira en todas mis acciones.

Agradezco a mis hijos Julia y Saulo que, juntos con sus compañeros de jornada Luciano y Raquel, son fuente inagotable de amor y aprendizaje para mí.

Agradezco a mi nieta Isabella por hacerme creer que la vida se renueva y renace con esperanza.

Agradezco a Celso, mi marido y compañero de vida, por su amoroso apoyo y comprensión con mis inquietudes, y las importantes contribuciones en la reflexión del tema.

Agradezco a mi prima Cacau Camarotti y a mis amigas Aída Rodrigues, María Iris Guimarães, Karla Rocha, Mara Neubarth, Terezinha Santana y Teresa Freire que, como interlocutoras de las ideas, me han ayudado inmensamente en la finalización de esta obra.

Agradezco a los amigos Eduardo Campaña y Eluzinete Pereira por la revisión del español.

Agradezco a los maestros Adalberto Barreto y Jorge Ponciano Ribeiro que tanto me enseñan e incitan en mis descubrimientos.

Agradezco a mis queridos compañeros de sueños en Salud Mental y en Terapia Comunitaria Integrativa que me interpelan y enseñan a cada instante.

Agradezco a las compañeras y compañeros de MISMEC-DF, por su amistad y esperanza en nuestros proyectos comunes.

AGRADEZCO EN ESPECIAL A TODOS LOS PACIENTES - MIS PROFUNDOS MAESTROS - QUE PERMANENTEMENTE ME ENSEÑAN A SER MEJOR.

ÍNDICE

PREFACIO	9
PRESENTACION	13
INTRODUCCION	15
CAPÍTULO 1 - LA VIDA COMO CAMINO PARA LA VIDA - <i>Conceptuando la Resiliencia</i>	21
CAPITULO 2 - AUTOESTIMA SALUDABLE: FERMENTO PARA LA RESILIENCIA	35
CAPITULO 3 - REFLEXIONES SOBRE EL TRAUMA A LA LUZ DE LA NEUROCIENCIA - <i>Respondiendo de cuerpo y alma al trauma y su superación</i>	45
CAPITULO 4 - COMPRENSION DEL TRAUMA Y DE LA SUPERACION	63
CAPITULO 5 - PERSONALIDAD RESILIENTE - <i>Un modo vivo de ser</i>	77
CAPITULO 6 - CUANDO LA ENFERMEDAD SE VUELVE FUENTE DE TRANSFORMACION	87
CAPITULO 7 - ESPIRITUALIDAD Y RESILIENCIA.....	111
CAPITULO 8 - AMOR: CIMIENTO DE LA RESILIENCIA	133

CAPITULO 9 - FILOSOFIA A LA MANERA
CLÁSICA Y RESILIENCIA 145

CAPITULO 10 - RESILIENCIA, CONCIENCIA
Y EVOLUCION HUMANA 157

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS 173

BIBLIOGRAFIA 183

PREFACIO

Las adversidades son inherentes a la condición humana. No es posible vivir sin sufrir adversidades. Sufrimos por aquello que tuvimos, pero que dejamos de tener, como un ente querido, la salud o bienes materiales, o por aquello que nos gustaría tener pero que no tenemos, como paz, seguridad, respeto y prestigio. Sufrimos porque envenenamos nuestra mente con sentimientos destructivos, como culpa, amargura, celos o resentimiento. Por otro lado, las respuestas a preguntas como “¿que hice de mi vida?” pueden causar profundo sufrimiento existencial. En fin, no faltan razones para sufrir. Mientras tanto, si las adversidades no son opciones nuestras, es nuestro el arbitrio de decidir cómo lidiar con ellas.

Son cuatro los patrones básicos de reacción a las adversidades. El primero es el de la **revuelta**, que puede expresarse por los siguientes pensamientos: “¿por qué yo, que no hago mal a nadie?”, “¿no merezco pasar por esto!”, “¿es esto que hace Dios: castiga a los buenos y beneficia a los malos?” Las emociones asociadas a este tipo de reacción son siempre negativas, e incluyen amargura, rabia, odio, resentimiento, rencor, venganza y la sensación de injusticia. Estas emociones nos causan desequilibrios y tienden a agravar las adversidades. El segundo patrón es el la **victimización**, expresado por pensamientos como: “*yo que ya sufro tanto, ¿tengo que pasar por esta prueba más?*”, “¡pobre de mí, una zancadilla en la vida!”, “*¿si estoy pasando por esto, ciertamente lo merezco!*”.

Tales pensamientos causan emociones desestabilizadoras, como tristeza, autoestima baja, miedo, culpa, ansiedad y angustia, que tienden a agravar la situación de adversidad. Lo mismo ocurre en consecuencia al tercer patrón de reacción a las adversidades, el **aniquilamiento**, asociado a los siguientes pensamientos: “*no existen más razones para continuar la lucha...*”, “*todo terminó para mí...*”, “*es el fin...*”. Las emociones provenientes de estos pensamientos no podrían ser más destructivas: tristeza paralizante, depresión, desesperanza y desesperación. Existe, mientras tanto, un cuarto patrón de reacción a las adversidades que es altamente positivo:

la **resiliencia**. Esta puede ser expresada por los siguientes pensamientos: “¡un obstáculo más para ser superado!”, “¿qué lección puedo sacar de esta situación?”, “*esto me volverá más fuerte y experimentado!*” La resiliencia produce esperanza, optimismo, crecimiento, confort, seguridad, confianza, paciencia, aceptación, conciliación y perdón. La consecuencia de sentimientos y conductas positivas, es la atenuación o mismo la extinción del sufrimiento asociado a las adversidades, con reflejos favorables para nuestra salud física, mental, emocional, interpersonal y espiritual. La conclusión indiscutible es que vale la pena ser resiliente!

La resiliencia puede ser expresada de dos maneras. En su sentido original, sería el retorno al estado natural existente antes de la adversidad. En el caso de la pérdida de un ser querido, el individuo resiliente será capaz de vencer, sin mucho sufrimiento, el período de lucha, y retomar el curso de su vida sin grandes dificultades. Él consigue establecer estrategias de compensación de la pérdida ocurrida. Entretanto existe otra manera de expresar la resiliencia: no como un retorno a la situación pre-trauma, pero sí como crecimiento en relación a ella, o sea en un nivel más elevado. En el ejemplo de la pérdida de un ser querido, el resiliente, en vez de solamente volver a la normalidad de la situación anterior a la lucha, desarrolla valores y cualidades para su vida, a partir de la experiencia traumática. Es como si fuera una sobrecompensación a la adversidad. Este fenómeno de “sobrecompensación” al trauma, es conocido por los profesionales de salud mental, como *crecimiento postraumático* y se manifiesta después de graves adversidades, incluyendo el enfrentamiento de enfermedades con riesgo de muerte.

No se puede prever, con seguridad, cuál será la reacción de una persona al sufrir un trauma grave. Sin embargo, estudios sobre crecimiento postraumático en pacientes con enfermedades graves, permiten establecer factores predictivos en este tipo de reacción de “súper-resiliencia”. Esta es más frecuente, pero no exclusiva, en mujeres jóvenes con enfermedades muy graves, con mayor tiempo transcurrido después del diagnóstico, que expresan optimismo, extroversión y autoestima elevadas, que poseen soporte emocional y social (aunque no necesariamente casadas), que pertenecen a grupos minoritarios y poblaciones desatendidas y que adoptan estrategias de enfrentamiento enfocadas en problemas¹¹. Tales características tal vez expliquen el gran éxito de la Terapia Comunitaria Integrativa, (TCI) que adopta estrategias de enfrentamiento basadas

1 Barskova T; Oesterreich R. *Disability & Rehabilitation*, 2009, v. 31, p. 1709-1733.

en problemas cuyas “ruedas” de terapia funcionan como soporte social y emocional, y son constituidas predominantemente por mujeres jóvenes, pertenecientes a poblaciones desamparadas y que sufren por trastornos asociados al contexto social, económico, político, cultural, étnico, de género y espiritual.

La TCI, metodología creada por Adalberto Barreto, médico psiquiatra brasileño, traspasó ya los límites de los territorios brasileño y latino-americano, para llegar a otros continentes. Viene imponiéndose como un método simple y de alta eficiencia para lidiar con los sufrimientos cotidianos de individuos, familias y comunidades, y transformarlos en oportunidades para el crecimiento. Busca, por lo tanto, el fortalecimiento de la resiliencia individual, familiar y comunitaria.

Este es el tema de esta obra, de gran relevancia, que el lector tiene en sus manos. Trata de los diferentes aspectos de la resiliencia, desde su expresión neurofisiológica, hasta su papel en la evolución de la conciencia humana. Sería difícil encontrar alguien con mejor capacitación que Henriqueta Camarotti, para tratar el tema. Neuróloga, psiquiatra, homeópata, especialista en salud del trabajador, maestra de psicología y terapeuta Gestalt, la Dra. Henriqueta fue creadora y presidenta del Movimiento Integrado de Salud Mental Comunitaria del Distrito Federal, Brasil, por algunos años, además de tener una vasta experiencia en ministrar cursos y coordinar “ruedas” de TCI en Brasil y en países de la América Latina, Europa y África. Es por lo tanto, una profesional que enseña, practica y ayuda a desarrollar y fortalecer la resiliencia.

Existen personas en que la resiliencia es una característica innata. Ellas simplemente ya nacen resilientes. Sin embargo, la resiliencia es una capacidad que puede ser desarrollada o fortalecida. Este libro le ayudará a seguir este camino de autotransformación.

Eduardo Tosta
Profesor Emérito e Investigador Senior
Facultad de Medicina, Universidad de Brasilia, Brasil

PRESENTACION

Escribir sobre resiliencia me ha dado la posibilidad de reflexionar sobre mi proceso de crecimiento y de revisitar mi caminata por la vida. Este trabajo es fruto del aprendizaje que hice a través de mi práctica como neuropsiquiatra y como terapeuta comunitaria, acogiendo personas y grupos que han superado sus dificultades, buscando aprender con el sufrimiento y con las experiencias de la vida. Dedico esta obra a todos los que vienen inclinándose sobre el incansable trabajo de buscar las perlas originadas de las heridas existenciales; trabajadores sociales, profesionales de la salud, educación, justicia, terapeutas comunitarios, en fin, a todos aquellos que se dedican al prójimo. Ofrezco, esta obra también a aquellos que están viviendo su transformación personal y que están disponibles para el encuentro humano.

En estos treinta y cuatro años de reflexión y práctica, he sido testigo de relatos interesantísimos de los protagonistas en los encuentros terapéuticos, en que queda evidente el salto existencial vivido por las personas a partir de situaciones traumáticas y dolorosas. Ha sido deslumbrante ser testimonio de las interacciones que se forman entre los seres que se acogen y se ayudan en la superación del sufrimiento; es perceptible el tejido de verdaderas redes sutiles de amor y solidaridad.

La comprensión de la resiliencia, de la transformación del trauma en capacidad, de la carencia en habilidad, es fundamental para aquellos que conducen varios abordajes que buscan mejorar la calidad de vida del ser humano. Esos abordajes psicosociales traen en su interior la creencia de que donde reside el problema, está también la solución, y que la riqueza del intercambio se vuelve el elemento primordial para la superación de las dificultades y del crecimiento personal y comunitario.

Esta reflexión se propone pasar de forma sucinta por el concepto de resiliencia, enfatizando en que ella es el factor generador de desarrollo emocional y psicosocial de las personas, pasando por los aspectos neuro-anatómicos, fisiológicos, antropológicos y de la religiosidad. Para esta

reflexión fueron incluidas algunas referencias científicas que envuelven los principios de la neurociencia, de la física cuántica y de la visión holística de la conciencia humana. Soy conocedora de la dificultad de integrar conceptos tan separados por la visión de la cultura occidental, pero no podría dejar de intentar hacerlo, con la esperanza de que los interlocutores puedan adentrarse en el tema por diversas puertas y avanzar en esa caminata.

La propuesta aquí presentada incluye también la articulación del concepto de resiliencia con la práctica de la psiquiatría, de la psicoterapia y de la terapia comunitaria, más allá de otros abordajes que potencializan el fenómeno de la autotransformación y superación de los traumas. Se trata de una breve introducción, y no de una obra completa sobre el tema, que se propone servir de estímulo a nuevos diálogos y reflexiones sobre los varios aspectos de la capacidad de la persona, para superar sus traumas y comprender las adversidades de la vida.

Todos los compañeros de caminata enfocados en el bien del prójimo están invitados a que reflexionemos juntos, avanzando y ayudándonos mutuamente en la observación del fenómeno de la resiliencia, que ha sido de hecho la base del crecimiento humano. Soy conocedora de la enorme literatura que existe sobre el tema, y percibo esta obra como un ladrillo más en esa construcción. Me pongo a disposición, para recibir sugerencias y cambiar experiencias, sabiendo que la capacidad de superación es siempre posible cuando se cree en sí misma y en la fuerza y riqueza del otro.

INTRODUCCION

El ser humano es único, irrepetible y caleidoscópico en sus posibilidades. Somos prójimos y hermanos, provenientes del mismo origen; somos de la misma especie y de la misma raza², aunque cada cual originario de una combinación exclusiva de variables. Los 150.000 años de historia del hombre moderno, revelan que todos los habitantes de la tierra descienden de un grupo que vivió en el noreste de África⁽¹⁾. Nuestra historia también revela la inmensidad de la subjetividad y de la peculiaridad de los siete billones de personas hoy existentes en el planeta. Cada ser con su forma de existir y de ver el mundo; cada ser expresando sus pensamientos y razones. ¡Qué multi-universal es nuestra humanidad! ¡Qué desafío nos espera cuando pensamos en escribir algo sobre el ser humano!

La historia humana es inexorablemente una historia de superación. La búsqueda de nuevos horizontes, espacios, posibilidades, siempre fue el rasgo más destacado de la humanidad. La capacidad de adaptación al planeta, no fue dada por la fuerza ni por la resistencia física, pero sí, por la inteligencia, sociabilidad y capacidad creativa. En los milenios de caminata por los continentes, el hombre moderno enfrentó condiciones climáticas adversas, fenómenos planetarios destructivos, depredadores naturales, escasez de alimentos, epidemias, guerras, crisis, angustias, desesperación etc., pero su principal desafío fue, y continúa siendo, el enfrentamiento de su naturaleza humana... La inteligencia, la creatividad, la solidaridad y la capacidad de formar vínculos, fueron el muelle central de su sobrevivencia, y en contradicción, la potencialización de sus inquietudes y dificultades.

Según el antropólogo Steve Olson⁽²⁾, la invención del lenguaje es el marco cero de la historia de la humanidad. Ese autor dice que el lenguaje no se limita a revelar a los otros una conciencia ya existente; el lenguaje

² El concepto que diferencia las razas humanas, fue fuertemente criticado y hoy cayó en desuso gracias a los estudios biogenéticos, que demostraron que no existen diferencias significativas entre los grupos poblacionales humanos, al punto de caracterizar diferencias raciales. De hecho, todos nosotros pertenecemos a la misma raza humana.

ayudó a crear esa propia conciencia. El lenguaje moldeó la conciencia humana, y esta ha sido moldeada por el lenguaje. Es un consenso universal pensar que el hombre moderno tiene una capacidad simpar para aprender, y “tal vez sean las primeras criaturas sobre la tierra movidas por el deseo de conocer cosas nuevas⁽³⁾”. Vale resaltar que la excepcionalidad de la conciencia, promovió el surgimiento de las culturas y de las civilizaciones. Hoy ese ser reconoce la existencia de sí mismo; es consciente de su conciencia; es capaz de hacer elecciones y de transformar el ambiente donde vive.

Con el desarrollo de la agricultura, el ser humano se organizó en grandes grupos, poblados, villas, ciudades, pasando de pequeños bandos nómadas que sobrevivían con la caza y la colecta de alimentos, para organizar la vida de forma más sedentaria. Surgieron los grandes conglomerados, las construcciones monumentales, las sociedades jerárquicas. El fenómeno de la agricultura y de la cría de animales domésticos, dio a la humanidad la dimensión del mañana, del saber esperar y preparar su futuro, de la cronología y del uso del tiempo. Con el hecho de volverse productor de su propio alimento, el hombre fue estimulado a modificar su comportamiento ancestral y levantar nuevas formas de agruparse socialmente⁽⁵⁾. Con el objetivo de la *cosecha*, los grupos humanos fueron obligados a elaborar proyectos para el futuro y ejecutar de forma sistemática actividades cada vez más complejas. El antropólogo Mircea Eliade⁽⁶⁾ llama la atención a un fenómeno interesante: el cultivo de las plantas impuso la división del trabajo, y marca la entrada de la mujer en las actividades productivas. La adquisición de la agricultura redimensionó las relaciones entre el hombre y la mujer, dentro de las familias y entre los grupos humanos existentes.

Paralelamente a ese proceso, la religiosidad, peculiaridad ya traída de sus ancestros del paleolítico, floreció de forma que influenció directamente la sociedad neolítica³ – en el comportamiento, en las construcciones, en la organización social, en los valores y en las relaciones interpersonales. La sociedad neolítica incorporó leyes más complejas de convivencia, con distinciones bien evidentes entre los diversos grupos étnicos.

En el período de 10.000 a 2.000 a.C., la religiosidad se integró a lo cotidiano y sirvió de base para los rituales, creencias y leyes que regían

3 Neolítico el Período de la Piedra Pulida es el período que se sitúa entre 10.000 y 3.000 a.C. Y se caracteriza por el surgimiento de la agricultura e inicio de la sedentarización.

la convivencia y la vida en grupo. En ese período, la historia revela el brotar de los rituales religiosos que representaban la demanda a la Madre Tierra⁴ de cosechas abundantes y prosperidad para el pueblo. Había, en ese período, una relación mística intrínseca entre los fenómenos de la naturaleza y la vida cotidiana. Fue un período caracterizado por rituales de sacrificios de animales o aún de humanos, con la finalidad de obtener la gracia de los dioses en la producción de buenas cosechas y protección de los grupos.

La reflexión sobre el papel de la religiosidad en la sociedad humana se vuelve muy pertinente en este texto. Cuando el hombre tuvo *conciencia de su conciencia*, él también se vulnerabilizó por percibirse finito y sujeto al fenómeno inexorable de la muerte. Matthew Alper⁽⁷⁾, en sus estudios sobre el cerebro y la espiritualidad, extrae muy bien esa reflexión en la afirmación: “Con la recién descubierta percepción de la propia existencia, el animal humano se tornó igualmente consciente de la posibilidad de su no-existencia”⁽⁸⁾. El vislumbrar la grandiosidad del hombre, de la posibilidad de construir cosas para el futuro, también trajo la conciencia de lo efímero de la vida y el sentimiento de fragilidad. En ese punto creemos que algo mayor, más allá de la dicotomía entre fortaleza y fragilidad, puede haber surgido y posibilitado a los hombres y mujeres a que superen y crezcan en esa superación. En esa perspectiva de superación y crecimiento, se intermedia la construcción del proceso resiliente.

Sintéticamente, podemos decir que desde la prehistoria, los seres humanos han procurado entender el universo, transformando el medio ambiente, utilizando los materiales existentes en la naturaleza y aprovechando los fenómenos naturales ocurridos en la tierra. El término *homo faber* fue aplicado al hombre moderno habilitado para transformar el ambiente donde vivía. En esa caminata, el aprendizaje a partir de la experiencia ha sido la base propulsora del crecimiento del ser humano como individuo y de la sociedad como un todo. El conocimiento adquirido fue pasado de generación en generación, de cultura a cultura, de pueblo a pueblo. Ese cúmulo de experiencias, unido a la capacidad de transformar las pérdidas en capacidades, posibilitó a los hombres y mujeres, niveles cada vez más altos en esa caminata.

Entonces, con la adquisición de la agricultura, con la organización en grandes grupos, la inclusión de la dimensión tiempo y espacio y con el

4 O: Diosa Madre, mito universal de la divinidad femenina relacionada a la naturaleza, a los ciclos, a la fertilidad; su culto se remonta al inicio de la humanidad.

perfeccionamiento del lenguaje hablado y escrito, el desarrollo humano viene a galope, acumulando conocimientos, desarrollando tecnologías y buscando de forma desenfrenada, conocerse a sí mismo.

Con la célebre frase de Sócrates - “solo sé que nada sé”, creemos que este filósofo comprendió profundamente que la conciencia de sí mismo es un aprendizaje constante, sin estación de parada o de intervalo, revelando, de esta forma, la inexorabilidad de la evolución, al mismo tiempo en que demuestra que la apertura al crecimiento continuo, es la fuerza impulsora de la evolución personal y de las sociedades humanas.

En el trayecto hominal, también es importante comprender la superación de los aspectos primitivos, animalescos de la especie humana, como por ejemplo, la competitividad, la violencia, la pelea por territorios, los choques de fuerzas y las crueldades. La tentativa de buscar conocerse a sí mismo, proporciona una humanidad más respetuosa con sus pares, y solidaridad en la búsqueda de soluciones para los problemas comunes. Pero queda siempre la fascinante pregunta: ¿El ser humano se ha vuelto más, o menos violento, más, o menos generoso en el transcurso de su evolución sobre el planeta? Este libro no se propone responder esas preguntas, apenas inserta la dimensión de la resiliencia como propulsora del crecimiento individual y de la sociedad.

Los investigadores han defendido la existencia de un proceso denominado *homeóstasis sociocultural*, cuya interferencia en las relaciones sociales permite la reducción de la violencia y el aumento de la tolerancia entre las personas. Más allá de esto, la humanidad se ha moldeado, a partir de las convenciones y leyes creadas, formando así relaciones personales que identifican, desde tierna edad, el código de la convivencia ética y del respeto mutuo. El niño se desarrolla incorporando las leyes básicas de las relaciones y siendo despertado para sus potenciales, de acuerdo con el direccionamiento del ambiente psíquico.

Este breve panorama de la caminata de la humanidad, tiene la intención de situar al lector, en relación al surgimiento de la capacidad del ser humano de aprender con la experiencia, crecer ante las adversidades, transformar los traumas en capacidades, desarrollar la capacidad de superación frente a las tempestades, fenómeno este denominado de *resiliencia*.

Creemos que, desde los orígenes, esa capacidad resiliente ha sido uno de los pilares fundamentales de la caminata del ser humano en el planeta. Sería interesante comprender como ese fenómeno aconteció en el desarrollo humano, y saber, si como humanidad estamos aprovechando

do ese don natural, y creciendo, o si la racionalidad y la tecnología que emerge desenfadada en los últimos siglos, ha dificultado las cualidades de afecto, sentimientos, amor e intuición.

En el desarrollo de este libro vamos a abordar el concepto de conciencia buscando clarificar un poco más sus relaciones con la resiliencia – tema central de esta obra. Pero es imposible hablar de conciencia sin traer la cuestión de la subjetividad, de los procesos mentales, y del *self*⁵. El cerebro necesita estar impregnado de subjetividad para tornarse consciente, y esta subjetividad vuelve el crecimiento en dirección a la conciencia, algo muy característico para cada ser y para cada experiencia vivida.⁽⁴⁾ En los capítulos siguientes abordaremos más detenidamente los conceptos de conciencia, creatividad, capacidad de superación y evolución humana.

En el capítulo 1 presentamos los conceptos de resiliencia en los aspectos individuales, familiares y comunitarios. En el capítulo 2 hablamos sobre autoestima saludable, como base de la construcción de la resiliencia; reconocer sus puntos fuertes y puntos débiles, es el primero paso para discriminar las propias habilidades y optar por mejores elecciones.

En el capítulo 3, nos sumergimos en los aspectos neurofisiológicos del trauma y su superación; de qué manera el cerebro y el organismo como un todo, se preparan para enfrentar el dolor y aprenden con la experiencia. Entendemos que es muy importante comprender que el trauma psicológico deja marcas en el cerebro, y para superar el sufrimiento, se hace menester cuidar también de los aspectos neuro-psiquiátricos de los individuos.

Complementando el tema de la neuroanatomía, en el capítulo 4 discutimos la comprensión del sufrir y de la superación, donde detallamos las consecuencias de las vivencias traumáticas, y de qué manera las personas reconstruyen su camino de crecimiento; en el capítulo 5 abordamos la personalidad resiliente, sus características y cualidades.

Después de reflexionar acerca de la persona resiliente, abordamos, en el capítulo 6, la enfermedad, con la perspectiva de la autotransformación. Entendemos que la enfermedad es una oportunidad para aprender a ser mejores, a partir de la comprensión de las limitaciones

5 *Self* (sí mismo): término que tiene una larga historia en la Psicología. William James distinguió en 1892 el “yo” como la instancia interna conocedora, y el “sí mismo” como el conocimiento que el individuo tiene sobre sí propio. Una imagen arquetípica del potencial más pleno del hombre y la unidad de la personalidad como un todo. El *self*, como un principio unificador dentro de la psique humana, ocupa la posición central de autoridad con relación a la vida psicológica, y por lo tanto del destino del individuo. Este término fue largamente utilizado por C. G. Jung para significar la esencia de la vida psíquica.

y pérdidas que ella nos impone, y también de la re-significación de las experiencias.

En el capítulo 7 reflexionamos sobre la relación de la espiritualidad, de la religiosidad y de la fe, en el proceso de la resiliencia. Este tema es bastante polémico en el medio científico, pero en la condición de estudiosos del alma humana, no podríamos dejar de hacerlo, pues pasa por varios sectores de la sociedad y de las relaciones personales.

Para ampliar la comprensión de la resiliencia, en el octavo capítulo tuvimos la osadía de hablar sobre el tema del amor como cemento de la resiliencia. Creemos que el amor es la fuerza motriz de la vida, y como tal, no podría dejar de participar de una reflexión sobre el proceso resiliente. En la secuencia abordamos en el capítulo 9, el tema de la filosofía, la búsqueda de sabiduría, inter-ligada con la construcción de la resiliencia.

En el último capítulo 10 reflexionamos sobre la conciencia y la evolución humana, ambas consecuencias directas del aprendizaje resiliente de las personas, de las familias y comunidades.

Como forma de clarificar los asuntos abordados, incluimos algunas historias de personas que evidenciaron aprendizajes y crecimiento existencial a partir de sus sufrimientos. Resaltamos que en estos casos ilustrativos, fueron utilizados nombres y datos personales ficticios, con el objetivo de preservar la identidad de las personas. Al presentar los relatos clínicos, tuvimos la intención de clarificar la reflexión sobre los temas constantes de esta obra.

CAPÍTULO 1



LA VIDA COMO CAMINO PARA LA VIDA

Conceptuando la Resiliencia



“El dolor es inevitable. El sufrimiento es opcional.”

(Carlos Drummond de Andrade)

Mi primera escuela es la familia; mi primer maestro es el niño que fui⁽⁹⁾.

Con estas palabras, Adalberto Barreto, psiquiatra y creador de la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), resume la importancia de la resiliencia en la estructuración de la personalidad del ser humano. Ese fenómeno humano denominado resiliencia, significa la capacidad de transformar el trauma en crecimiento, el sufrimiento en capacidades. Segundo Barreto⁽¹⁰⁾, hay una íntima relación entre el empoderamiento personal y la capacidad de aprender con la propia historia, incluyendo en ese aprendizaje los valores étnicos, culturales y la valorización del saber de los ancestros. Ser resiliente es dar sentido a la vida, es posibilitar la realización del objetivo que la vida se propone; es realizarse como individuo y como colectivo.

Como forma de comprender el fenómeno de la resiliencia, vamos a explorar en este capítulo algunos conceptos y reflexiones sobre la resiliencia individual, familiar y comunitaria, clarificando sus límites y sus aplicaciones. Se vuelve esclarecedor, al relacionar la visión del sufrimiento con la capacidad de superación de los individuos, de las familias y de las comunidades. Además es fundamental saber cómo nosotros los profe-

sionales y voluntarios que trabajamos en frentes solidarios, podemos ser instrumentos de apoyo en la superación del dolor y en la construcción de una humanidad más armónica y feliz.

Resiliencia es la capacidad de transformar la carencia en capacidad, el trauma en crecimiento, el dolor en aprendizaje. La palabra viene del latino *resilio*, que significa volver al estado natural. El término *resiliencia* surgió de la física y migró para el campo de las ciencias humanas, y hoy sirve de fondo para la comprensión del desarrollo humano y la búsqueda de las superaciones de los conflictos humanos. El concepto fue creado en 1807 por el científico Thomas Young en el estudio de la elasticidad de los materiales⁽¹¹⁾. En física, se refiere a la “propiedad por la cual la energía almacenada en un cuerpo deformado, es devuelta cuando cesa la tensión que causa una deformación elástica”⁽¹²⁾. Para las ciencias humanas en las últimas décadas, el concepto de *resiliencia* describe la posibilidad de reconstruirse positivamente, a partir del enfrentamiento de las adversidades. Entender los principios de la resiliencia es reflexionar sobre la capacidad de superación y evolución humana. Las ciencias psicosociales comenzaron a estudiar la resiliencia, a partir del estudio de las características personales y comportamentales, de personas consideradas pilares en la superación exitosa de situaciones graves de escasez y violencia⁽¹³⁾.

Según Allan Gois⁽¹⁴⁾, el primer autor en acuñar el término *resiliencia del ego* en las ciencias humanas, fue Redl en 1969. Para este estudioso, tal fenómeno se refiere a la capacidad de resistencia de la persona frente a presiones patógenas, y su habilidad de recuperarse rápidamente de un colapso temporario.

En el campo de las ciencias sociales, de la educación y de la psicología, este término asume una complejidad propia de esas áreas, pues pensar sobre el fenómeno humano envuelve necesariamente una multiplicidad de factores y variantes. El estudio de la resiliencia es relativamente reciente, y viene logrando espacios en las reflexiones e investigaciones en Brasil y América Latina⁽¹⁵⁾. Como ejemplo, los principios de la resiliencia han servido de base para el desarrollo de varias tecnologías sociales, inclusive para la Terapia Comunitaria Integrativa, que desde 1987, los adopta como pilar teórico, ofreciendo sustentación a la creencia en la capacidad de transformación humana individual y comunitaria.

Marie Anaut⁽¹⁶⁾ estudió la resiliencia dentro de un modelo teórico, que permite comprender a la persona en una abordaje multifactorial, incluyendo los factores de vulnerabilidad, como también los de autopro-

tección aplicables a los individuos y a los grupos, familias y comunidades. Los abordajes médicos y psicoterapéuticos normalmente concentran su foco en las disfunciones del comportamiento, dejando de lado los aspectos positivos y los factores que ayudan en la superación. En la psiquiatría y en la psicología por ejemplo, se busca entender la persona saludable a partir de la psicopatología de las personas enfermas. Entonces, se hace necesario que médicos y terapeutas se detengan más atentamente en la capacidad de superación y en la belleza del proceso saludable de crecimiento personal. Para eso, el estudio de la resiliencia se torna imprescindible, pues ofrece aportes para entender cuáles son los elementos que están contribuyendo para la manifestación del lado saludable de la persona. La propuesta no sería *normalizar* a las personas para encuadrarlas en el modelo vigente, y si para valorizar el camino de cada una, y como el aprendizaje adquirido de las vivencias, podría ser un elemento estimulante para sí y para la humanidad.

Continuando la reflexión sobre el concepto de resiliencia, cabe discurrir un poco sobre la vulnerabilidad de los individuos. En los estudios sobre esa característica, los autores identifican dos dimensiones: la vulnerabilidad centrada en el sujeto, incluyendo los recursos genéticos, cognitivos y de la personalidad; y la vulnerabilidad ligada a las insuficiencias del ambiente que incluye una estructura familiar inadecuada, vivencia de traumas, pobreza y aislamiento social⁽¹⁷⁾.

Para completar la dualidad *-vulnerabilidad-protección-* como aspectos inherentes a la resiliencia, entendemos que los factores protectores constitucionales o adquiridos, son pistas para comprender la capacidad de las personas de superar las adversidades, y sobre todo, son referencias para los profesionales de las áreas psicosociales en el trabajo con las poblaciones. Esos factores de protección pueden ser potencializados en el cuidado de los niños, en la acogida a los adolescentes, en el trabajo de recuperación de dependientes químicos, entre otras formas de atención. Como resultante de la interrelación entre vulnerabilidad y factores protectores, la resiliencia es tejida, engendrada dinámicamente en la personalidad del individuo, o sea, este fenómeno es construido a partir del equilibrio de esos factores.

Según Vanistendael⁽¹⁸⁾, la resiliencia tiene dos dimensiones básicas: la resistencia a la destrucción y la capacidad de reconstrucción. Cuando profundizamos en el fenómeno de la resiliencia en las prácticas de la Terapia Comunitaria, observamos que surge una tercera dimensión:

la motivación irresistible para cuidar del otro, y repasar los aprendizajes obtenidos con la experiencia resiliente. Las personas resilientes buscan ayudar a otras personas a superar problemas semejantes a los suyos. Entendemos que las personas avanzan en el proceso de la resiliencia, y usan las experiencias adquiridas, para comprender mejor a otras personas con sufrimientos y traumas, y por conocer bien aquellas situaciones, desarrollan el sentimiento de compasión y de empatía por aquellos que desean ayudar.

Emerge en este punto de reflexión una pregunta que procuraremos responder al largo del libro: Por qué la empatía y la identificación con el problema del otro estimulan la resiliencia de ese otro? Según Xavier⁽¹⁹⁾, una amplia perspectiva de las necesidades humanas, es esencial para la comprensión del otro. En su libro *Fulfillment Using Real Conscience*⁶, este autor conceptúa la empatía como la capacidad imaginativa de entender y experimentar vicariamente los sentimientos, pensamientos y acciones del otro. La capacidad empática permite el acceso al mundo interior de las personas. De esta forma, se escoge usar este acceso con compasión y amor, o entonces con egoísmo y odio. Si el guía fuera la conciencia, entonces el conocimiento sobre el otro brotará con compasión y amor⁽²⁰⁾. Lo más interesante de todo esto, es que los sentimientos positivos emitidos por los cuidadores a los pacientes, benefician primeramente a sus emisores, y simultáneamente ayudan a aquellos que son objeto de su compasión. En el Capítulo 10 abordaremos la relación entre resiliencia, conciencia y evolución del ser humano.

La aplicación del concepto de resiliencia

¿Cómo surgieron los primeros intereses sobre el proceso resiliente? ¿Cómo ese proceso se adentró en los estudios de las ciencias del comportamiento? Según Melillo⁽²¹⁾, el punto de partida para la estructuración del concepto de resiliencia fue el estudio de E. Werner, en la Isla de Kauai, Hawái, realizado durante 32 años. El estudio concluyó, por medio de la observación de 500 personas sometidas a condiciones de pobreza extrema, y que había en muchas de ellas la capacidad de superar las dificultades y de construir un futuro. El estudio pudo observar que el afecto y el amor que los niños recibieron, eran las bases del desarrollo exitoso⁽²²⁾.

6 Todavía no traducido para el portugués.

La evolución del término *resiliencia* en los estudios de la psicología, pasó por otros conceptos como los de la invencibilidad o invulnerabilidad al sufrimiento. En los principios de esos estudios, el niño resiliente era considerado portador de un temperamento especial, consecuente a su condición genética y capacidad cognitiva. Originalmente se entendía que esos niños poseían características de impermeabilidad y resistencia frente a las adversidades. Al contrario, las investigaciones más recientes, percibieron en los niños resilientes una naturaleza sensible, y que aun sufriendo con las adversidades de la vida, absorben sus experiencias, transformándolas en aprendizaje y crecimiento. Esa última visión fluida y humanista de la resiliencia ha respaldado los buenos resultados de las tecnologías sociales aplicadas a grupos de riesgo y comunidades en condiciones precarias, tales como adolescentes en conflictos con la ley, portadores de enfermedades crónicas e incapacitantes, niños en situaciones de violencia etc.

En esta reflexión conceptual es muy importante incluir el concepto de *resiliencia familiar*, pues es en la familia que ocurre la transmisión de los valores éticos y culturales, y ella funciona también como el primer espacio socializador y protector de la persona. Los autores enfatizan que ese espacio puede tener un carácter protector o actuar como un ambiente de riesgo. Las agresiones sufridas en el seno familiar, ejercen un papel desestabilizador entre sus miembros, provocando estrés y traumas muy graves y comprometedores de la salud psíquica de los niños, adolescentes, jóvenes y mujeres.

Otro aspecto importante es entender el espacio familiar dentro de una visión sistémica, en el que todos se relacionan y contribuyen al crecimiento, o al contrario, para la vivencia de situaciones traumáticas de sus componentes. Según Vasconcelos y Ribeiro⁽²³⁾, el sistema de creencias de la familia puede volverse una fuerza poderosa en la construcción de la resiliencia, facilitando el sentimiento de valorización, la búsqueda de soluciones y de crecimiento. Interconectado a las creencias, están el sentido de la vida, la visión sobre el funcionamiento del mundo, las normas y reglas familiares y las funciones que cada miembro ocupa en el contexto familiar. Esas autoras observaron durante el estudio con familias de parapléjicos, que en los grupos familiares resilientes había más flexibilidad en el establecimiento de las funciones de cada uno, cuando los miembros asumían otras funciones en beneficio de la dinámica familiar.

Los autores Delage y Cyrulnik⁽²⁴⁾ profundizaron ese tema, y comprendieron que la *resiliencia familiar* es percibida como la posibilidad de

la familia para alcanzar, después de una vivencia traumática, los aspectos positivos que preservan la credibilidad de cada uno y de todos los miembros. El acontecimiento de un trauma familiar, puede llevar a la quiebra de los vínculos, considerándose *vínculo* como una realidad invisible que pertenece al conjunto y que es percibida por todos. Los autores citados denominan ese espacio virtual, de *espacio psíquico íntimo* de la familia. Para esos autores, ese espacio es el lugar de la manifestación del trauma. Al mismo tiempo que representa el lugar de la vivencia traumática, puede representar también un contexto sanador y constructor de la resiliencia de los individuos y de la familia en si misma⁽²⁵⁾.

Algunos psicoanalistas y psicoterapeutas han buscado ampliar el *setting* psicoterapéutico, incluyendo la familia como forma de reconstruir los lazos afectivos en situaciones pos-trauma. Benghozi⁽²⁶⁾, psicoanalista dedicada especialmente a esa línea de estudio, cree que es fundamental extender el espacio terapéutico, saliendo de lo individual hasta lo familiar y lo comunitario, cuando hubiera necesidad de rehacer la red afectiva de las personas víctimas de traumas.

En la práctica psiquiátrica ha sido importante extender la comprensión de la persona portadora de un sufrimiento psíquico, a través de la acogida de la familia. En la mayoría de las veces, los familiares están implicados directamente, sea porque se sienten impotentes delante de la situación, o por intensificar las tensiones vividas por medio de consejos o reclamos inapropiados. Observamos que los familiares intentan modificar el comportamiento del paciente en la expectativa de mejorar el cuadro, pero esa tentativa puede generar más conflictos y síntomas de enojo y rabia. El trastorno psíquico es vivido y manifestado en el mundo intra-psíquico y en las relaciones familiares y sociales. Incluir la familia como foco de la atención en la anamnesis psiquiátrica y del abordaje psíquico de apoyo, es fundamental en la mayoría de los abordajes en salud mental.

La situación de Glaucia, de 34 años, ejemplifica muy bien esta reflexión. Esta paciente llegó al consultorio traída por la madre y el hermano, con una historia de trastorno de ansiedad generalizada y síntomas de pánico desde hace 13 años. Su madre cuenta que Glaucia fue una niña saludable y tranquila psíquicamente, pero a la edad de diez años, los padres enfrentaron muchos conflictos relacionales, generando un clima de mucha tensión doméstica y esto comprometió sobremanera el desempeño de la paciente en el colegio y en la vida social. Desde entonces pasó a ser una adolescente asustada, aislada de las compañeras de la escuela,

ansiosa y con muchos miedos. La situación intrafamiliar continuó muy tumultuada, con problemas de reclamos recíprocos entre los padres y de los hijos al padre. En la consulta, la madre de la paciente demostró mucha ansiedad con la situación de la hija, y de forma contundente resaltó los conflictos conyugales que continuaban viviendo hasta el momento.

Después de completado el relato de la historia clínica de la paciente, se solicitó a la madre que relate más detalladamente sobre la relación entre los padres y la relación intrafamiliar. La progenitora presentó muchas quejas sobre “la falta de cuidado del padre con la familia”. Quedó muy evidente que la paciente funciona como un “borrador” de esta familia. La madre sufre por ver a la hija enferma, pero también funciona como re-alimentadora de esta enfermedad, manteniendo el clima familiar siempre en conflicto, generando miedos por la inseguridad y falta de amparo del padre.

Podemos resumir la situación diciendo que los factores de tensión familiar desencadenan el sistema de alerta de la paciente, que responde con extrema ansiedad y miedo a la vida. La madre a su vez, sufre con el problema de la hija, pero no consigue liberarse de las propias carencias y acusaciones del marido, ni asumir una postura de seguridad delante de la hija. Ese ciclo no tendrá fin si no conseguimos intervenir en el sistema familiar. El tratamiento medicamentoso es necesario, pero podemos considerarlo como un complemento de emergencia para desactivar químicamente el sistema de alerta del cerebro, responsable por las defensas y reacciones a los miedos e inseguridades. Aún más, si la causa que genera el miedo no fuera desactivada, el sistema cerebral siempre se mantendrá en alerta y producirá los síntomas que trajeron a la paciente al consultorio.

La acogida de los familiares que también sufren, desactiva un sistema perverso de acusaciones y sentimiento de culpa; además puede reforzar los aspectos saludables de las relaciones y del espacio psíquico íntimo de la familia. En esa acogida, tenemos también como objetivo reconstruir vínculos basados en el respeto y en la aceptación de las diferencias de cada uno. Otra función importante de la acogida familiar es identificar comportamientos que reflejan entre los miembros de la familia, y que alimentan los síntomas. Por lo tanto, es siempre aconsejable involucrar a la familia en el tratamiento, buscando tenerla como aliada del paciente y también del terapeuta. La familia puede ser incluida como foco de nuestro cuidado y también como aliada al objetivo terapéutico.

~

Como dijimos anteriormente, el concepto de *resiliencia* está siendo utilizado en varias disciplinas, en las áreas humanas y sociales, en la educación, en la salud y en las artes. Yendo más allá, Carmello⁽²⁷⁾ resalta que el constructo de resiliencia, ha sido una herramienta importante en las relaciones dentro de las empresas. Este autor afirma que “estimular la resiliencia, puede ayudar a las empresas, líderes y profesionales a alcanzar mejores resultados comerciales y sociales, consiguiendo extraer lo mejor de los procesos de cambio”⁽²⁸⁾.

En el ambiente de trabajo, los estudiosos han buscado identificar mecanismos para desarrollar la resiliencia de los profesionales envueltos en las instituciones. Piovan⁽²⁹⁾, consultor organizacional, ha enfatizado en la capacidad de las personas para superar sus dificultades a través de la construcción del proceso resiliente. Según él, la proactividad es una característica de las personas resilientes, ya que ellas transforman las dificultades en oportunidades de aprendizaje y desarrollo en aquello que hacen. Esa reflexión se hace siempre pertinente en la implantación de procesos de *desarrollo de personas*, en las empresas que desean tener un cuerpo de profesionales bien motivados y satisfechos psíquicamente con aquello que hacen y con la institución.

En el área de la salud es fundamental cuidar de los profesionales, apoyando y promoviendo las habilidades de cuidadores, y acogiendo sus historias de vida, ya que esto podrá contribuir para la promoción de sus habilidades de cuidar y recibir a los pacientes de forma empática y amorosa. Cuidar del trabajador de la salud, buscando desarrollar su resiliencia, puede ser una de las acciones más eficientes para un sistema de salud que verdaderamente cuide de la salud de las poblaciones. El desarrollo tecnológico, al atender la salud, necesita estar ligado al desarrollo de los cuidadores, involucrando el arsenal científico y la capacidad de acogida y compasión.

Hasta el momento, ha sido abordado el concepto de resiliencia individual, familiar y en las empresas. Vamos a ampliar el concepto de resiliencia a las relaciones en las comunidades, llevando para esta discusión el concepto de *resiliencia comunitaria*. Este constructo teórico ha sido discutido más recientemente en las propuestas de atendimientos sociales y en los trabajos comunitarios. De modo general, es muy difícil desconectar la resiliencia comunitaria, de la suma simple de las resiliencias individuales o familiares. Así como en una relación de las células de un organismo vivo, una persona o una familia se mantiene en equilibrio dinámico con

la comunidad donde reside, y también se sensibiliza frente a situaciones traumáticas vividas por sus miembros. Entonces, podemos afirmar que la *resiliencia comunitaria* implica una constante comprensión de las vulnerabilidades de los grupos humanos, y también en una incorporación de habilidades que la ayuden a superar y retomar su estado natural de autosuficiencia.

En general, los individuos buscan tener una adaptación que refleja entre la unión de la fuerza de voluntad individual, con la fuerza de voluntad del grupo. Pertenecer a un grupo de personas o a un grupo familiar, produce una sensación de poder personal e intensifica las fuerzas creativas de los individuos⁽²⁹⁾. Al mismo tiempo que las personas necesitan del grupo para fortalecerse y tener una identidad grupal (de tribu), también ocurren fuerzas contrarias de independencia y autonomía de grupo⁽³⁰⁾. Entonces, los grupos que buscan desarrollar la resiliencia comunitaria necesitan tener características de apoyo, pero al mismo tiempo de liberación de sus miembros para ejercer sus características individuales. Los procesos se alternan entre la importancia de la cohesión grupal y la posibilidad de saberse individual y autónomo. El sentimiento de pertenencia al grupo se integra al sentimiento de ser individuo y empoderado en su particularidad.

Los profesionales que trabajan en comunidades en situación de vulnerabilidad, buscan desarrollar estrategias de promoción de la ciudadanía y mejoría de la capacidad de autoestima positiva, como forma de crear un campo psíquico más abierto a las transformaciones del grupo. Podemos afirmar que promover ciudadanía y mejorar la autoestima, están intrínsecamente ligados al fomento de la resiliencia de los individuos y de las comunidades en las que se desea actuar. Landau⁽³¹⁾ resume bien la estrategia de potencialización de la resiliencia en las comunidades a través de tres aspectos:

1. Las comunidades pueden superar las pérdidas y los traumas, accediendo a las fortalezas individuales y comunitarias;
2. Los profesionales que asisten a comunidades en momentos de fuertes transiciones o de traumas, deben ser sencillos y colaborar con sus miembros para facilitar el rescate en la propia comunidad de los recursos necesarios para su recuperación;
3. Para promover la cura/recuperación de una comunidad, es fundamental ayudar a sus miembros a construir y mantener las relaciones de unos con otros, compartiendo sus historias y los recursos comunitarios disponibles.

Las comunidades formadas a partir de procesos migratorios tienen un funcionamiento fragmentado, viven situaciones de violencias entre los miembros y presentan baja capacidad de auto-organización. Las personas no interactúan para organizar sus proyectos comunes, y los niños y adolescentes no poseen una red de apoyo, y, como no hay una identidad cultural en esa población, los jóvenes quedan vulnerables a la influencia de las pandillas, del tráfico de drogas u otros influjos nefastos. Por lo tanto, invertir en la construcción de la resiliencia en grupos formados por personas originarias de procesos migratorios, es ayudarlos a crear un ambiente favorable para sus hijos.

Es imposible hablar de resiliencia comunitaria, sin abordar la función de la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), como una metodología constructora de redes solidarias, y por lo tanto, de la potencialización de la resiliencia intrínseca al grupo comunitario. En una Rueda de Terapia Comunitaria realizada en la comunidad, durante el desarrollo de sus etapas, la disponibilidad para aprender y crecer con el sufrimiento se torna la amalgama que solidifica el grupo en la caminata de la superación de sus dificultades. Las personas marcadas por la resiliencia son fuentes de agregación, ejemplo y referencia de superación. Lo que más fortalece al grupo, es percibir que aun sufriendo, y exactamente por esta razón, el resiliente desarrolló una capacidad simpar de rehacer su vida positivamente, y más aún, de compartir ese aprendizaje con otras personas a lo largo del camino. En una sesión de terapia, confluyen situaciones propicias para la transmisión de esos aprendizajes.

El fenómeno grupal que acontece en una Rueda de TCI, potencializa la capacidad de aprender con la experiencia, porque la totalidad es siempre mayor que la simple suma de sus partes. El grupo es transformador, siempre mayor que el conjunto de sus componentes⁽³¹⁾. Se percibe que el grupo tiene más fuerza al empoderamiento de las personas, ya que sus miembros juntos buscan la comprensión del misterio humano, de los sentimientos más fundamentales. En el grupo aprendemos que todos somos prójimos en nuestras esencias, pero al mismo tiempo diferentes en nuestras expresiones⁽³²⁾.

Trayendo el concepto de resiliencia para la concepción y práctica de la Terapia Comunitaria, se puede afirmar que en el extracto vivencial de las etapas de esta metodología, las personas se van encontrando, re-alimentándose unas a otras, en la capacidad de transformar la ostra herida en perla reluciente, lista para estampar en el mundo la gran hazaña de la

evolución humana. Aquí se tiene todavía como otra imagen, la desarticulada oruga, la cual muchos se niegan a alimentar, que se transforma en una linda mariposa y que todos quieren tocar y admirar.

~

Volvamos ahora al punto de partida de esta reflexión: ¿Por qué algunas personas superan bien sus traumas y vivencias dolorosas, mientras que otras paralizan sus vidas, se vuelven personas *difíciles de convivir y reproductoras de sufrimiento*? Los estudios resultados de diferentes corrientes, han mostrado algunas explicaciones para esta pregunta. Las ciencias biológicas contribuyen con el conocimiento del potencial genético y con la constitución neurológica de los seres humanos. Comprender el curso filogenético y ontogenético de la especie humana, facilita la comprensión de la suma general de experiencias y aprendizajes vividos a lo largo de un millón de años del hombre moderno. Toda esa experiencia está marcada en la genética, en la estructura biológica, en el comportamiento psicosocial y en la capacidad de transcendencia del ser humano.

En la búsqueda de comprender como las personas manifiestan sus reacciones a situaciones traumáticas, la psicología enfatiza las vivencias positivas de la niñez, de la adolescencia y de las relaciones familiares como fermento para la construcción de la capacidad de soportar situaciones traumáticas y como superarlas. La socio-antropología a su vez, contribuye con el estudio de la cultura, de las relaciones sociales y de los sistemas de creencias que interfieren en las personas, en la forma de enfrentar las adversidades y relativizar el significado de las situaciones. Más allá de la visión de las diversas áreas científicas, las poblaciones tienen sus sistemas de creencias, cultura o referencias religiosas y/o espirituales, que proveen un armazón para lidiar con las situaciones traumáticas, por la propia subjetividad trascendente que ella acarrea.

Pasando por todos estos conceptos sobre la resiliencia e integrando-los a la práctica clínica, se percibe este fenómeno como un proceso, un *continuum* que la persona vivencia a lo largo de su existencia. Muchas veces, las personas pueden pasar por la vida sin conseguir concluirla, aun habiendo ya alcanzado un aprendizaje avanzado del proceso, y habiendo recogido algunos frutos de esa postura resiliente.

~

Un ejemplo de esta capacidad resiliente puede ser observado en la historia de Marcia, que acarrea en su caminata de vida, señales de grandes superaciones. Hoy tiene cuatro hijos, muy bien criados, amados y cuidados con mucho cariño. Tiene un matrimonio feliz, contando con su compañero en todo, inclusive como interlocutor de sus conflictos existenciales. Viene a la consulta por síntomas de melancolía que la acompañan desde la juventud. Presenta muchos miedos, sobre todo de enfermedad en su familia. Siempre que algún de sus hijos manifiesta una pequeña queja, esta provoca en Marcia pensamientos catastróficos de grave enfermedad y luego piensa que su hijo puede morir.

En la investigación de los antecedentes personales, la paciente se refiere al hecho de no haber sido amada por su madre; en la infancia era agredida físicamente y era víctima de los descontrolados de rabia de su madre, a través de los apaleamientos que sufría. Escuchaba de la madre palabras agresivas diciendo que “ella había sido enviada por el demonio”, “que su destino era tener que soportarla” y que, “esta hija vino para expiarle los pecados”. Siempre tuvo un sentimiento ambivalente en relación a la madre – rechazo, rabia, y al mismo tiempo, las ganas de ser reconocida y amada. Marcia refirió tener plena conciencia de que la culpa ha sido su fiel compañera. Hoy es la hija que más cuida y protege a la madre; busca suscitar encuentros y situaciones donde pueda tener un contacto más íntimo con su madre, pero siempre acaba con la sensación de fracaso. Imagina que el centro de esos encuentros, es la búsqueda del arrepentimiento de la madre, pero en la medida en que no ocurre, la frustración sentida refuerza el sentimiento de exclusión. En esos encuentros, la paciente es abatida por una profunda tristeza, por sentirse incapaz de re-significar la relación madre-hija, una vez más.

Dentro de lo que conocemos sobre la capacidad de transformar el dolor en capacidad, podemos afirmar que Marcia es una persona resiliente, lo que es demostrado por varios aspectos de su vida. Mientras tanto, su proceso de resiliencia no está concluido y solamente lo estará, cuando ella no dependa más del arrepentimiento de la madre para reconocerse amada por sí misma y por los demás seres queridos. Completar el proceso resiliente, probablemente la llevará a una relación más serena con las personas que ama. Puede ser que la inseguridad vivida en relación a los hijos sea una proyección de la inseguridad de su *niña interna*, vivida en relación con su madre. Cuando frente a alguna amenaza a uno de sus hijos, la paciente revive los miedos y el desamparo sentidos en la niñez; el

sentimiento de desamparo reactiva la fragilidad de la niña interior y eso le aterroriza.

Se verifica en la historia de Marcia, un proceso resiliente bien acontecido, aunque todavía no concluido. Ella se presenta como una persona afectiva, cuidadosa, altruista, demostrando aprendizajes importantes en su caminata. Hay personas que demuestran claramente la capacidad adquirida en el proceso resiliente, pero frente a ciertas circunstancias, sufren síntomas de recaída, cuando se presentan estímulos específicos que tocan su dolor original. El proceso resiliente no es una caja cerrada; él ocurre en etapas, en saltos o de forma continuada. Aún con la vida bien reconstruida, la persona presenta períodos de crisis emocionales causadas por el re-contacto con su antigua herida. Es muy importante que el equipo terapéutico que atiende personas en proceso de construcción de resiliencia, contextualice los síntomas en el conjunto de la historia de vida, buscando las correlaciones de los síntomas actuales con el antiguo sufrimiento vivido. Algunos traumas repercuten para toda la vida de la persona, aun cuando muchas otras perlas están siendo fabricadas por procesos resilientes provenientes de otras heridas.

A lo largo de los próximos capítulos, vamos a delinear varios aspectos que se interrelacionan con la resiliencia, resaltando siempre su relación con el aprendizaje y el crecimiento humano.

CAPITULO 2



AUTOESTIMA SALUDABLE: FERMENTO PARA LA RESILIENCIA



No sería posible profundizar la reflexión sobre la resiliencia, sin detallar un poco más el concepto de *autoestima*. En este capítulo la autoestima será comprendida bajo la óptica de su participación en la superación del sufrimiento y de los traumas, y su relación con la construcción de la resiliencia. Es muy importante saber un poco más sobre autoestima para abrir posibilidades más eficientes para dinamizarla y ayudar a las personas a explorar su potencial en la búsqueda de calidad de vida.

En la vida cotidiana, el término *baja o alta autoestima* es de uso corriente, utilizado en varias circunstancias, de formas muy variadas en sentido y calificación. En el lenguaje cotidiano, es un término muy vago y ha sido aplicado a innumerables situaciones. Este término fue incorporado al vocabulario común y adoptado como aspecto psicológico para diversas situaciones psíquicas. Pero, en general, es usado equivocadamente, pudiendo ser mal interpretado en la comunicación entre las personas.

Según Branden⁽³⁴⁾, la autoestima es una poderosa necesidad humana que contribuye de una manera esencial al desarrollo normal y saludable. Para este autor, la autoestima posee dos vertientes: el sentimiento de capacidad y el valor personal, ambos teniendo que ver con la autoconfianza y auto-respeto, respectivamente. D'Afonseca y Barbosa⁽³⁵⁾ dicen que la autoestima funciona como si fuese el sistema inmunológico protector de la conciencia. Esos autores son unánimes en la visión de la autoestima alta como un factor protector de una personalidad saludable, y capaz de enfrentar los desafíos con destreza.

Algunas preguntas quedan retumbando entre los estudiosos de las ciencias psicosociales: ¿Qué es tener alta o baja autoestima? ¿Alta autoestima sería un estado permanente de auto-satisfacción? ¿Cuál es la diferencia entre autoestima elevada y arrogancia? ¿Qué significa tener una autoestima saludable?

Se puede sintetizar el concepto de autoestima, como la opinión acerca de sí mismo (auto concepto), sumado al valor o sentimiento que se tiene de sí mismo (amor propio y auto valorización), añadido a todos los demás comportamientos y pensamientos que demuestren la confianza, seguridad y el valor que el individuo se da a sí mismo (autoconfianza), en las relaciones e interacciones con otras personas y con el mundo⁽³⁶⁾. “*Tener autoestima es confiar, creer en sí y en su capacidad*”⁽³⁷⁾.

En una visión superficial, se concibe la autoestima como un estado permanente de admiración y satisfacción consigo mismo, a punto de imposibilitar el aprendizaje proveniente de las críticas y de impedir la adaptación a los cambios ambientales. Cuando es vista de una forma estática y poco profunda, puede visualizarse este fenómeno como un estado egoíco (egocéntrico), acrítico, de autosatisfacción permanente. El concepto tradicional relaciona la autoestima alta, a un estado de prepotencia existencial, sin oportunidad de reconocer las dificultades personales de forma crítica y sin apertura al crecimiento. Para tener un crecimiento personal dinámico y constante, se hace menester poder reflexionar sobre la relación consigo mismo, con el otro, con los hechos de lo cotidiano, o sea, con la vida.

Una persona que se percibe más capaz, más inteligente o más bonita que los demás, con seguridad no tiene necesariamente una autoestima elevada. Puede atribuirse a ese aire de prepotencia, una forma de defensa contra sus inseguridades y miedos. Normalmente, esa capa protectora se expresa en situaciones de mayores desafíos, como, por ejemplo, en una situación de competencia, en un cargo de jefatura y/o coordinación de equipo o frente a cualquier otro desafío personal. La impresión transmitida es la de una persona que se protege *a priori* para no ser cuestionada o colocada en jaque. Los individuos envueltos en una blindaje de prepotencia no se cuestionan y tienen dificultades en aprender con las experiencias y, por lo tanto, de ingresar en su proceso resiliente. Entonces ocurre un círculo vicioso: por la falta de autoconfianza, desenvuelven una capa de prepotencia, y como no tienen apertura para aprender con la experiencia, no desarrollan la autoconfianza.

Las personas verdaderamente portadoras de una autoestima saludable son flexibles, acogedoras a las ideas del otro. Ellas son inclusivas, absorben con tranquilidad el conocimiento transmitido por sus compañeros de jornada y capaces de volver atrás y rehacer sus conceptos y certezas. Esas personas en general son buenos líderes, ya que permiten que todos se expresen en aquello en que tienen más aptitud. Son capaces de delegar atribuciones a aquellos con quienes trabajan, cuando están al frente de alguna tarea de grupo. Aunque que sea difícil oír críticas, -porque es difícil para todo mundo-, las personas dotadas de buena autoestima reflexionan sobre lo que escuchan y son capaces de reconocer sus equivocaciones.

Partiendo del concepto de inteligencias múltiples, popularizado por Howard Gardner⁷, el ser humano posee diversos tipos de inteligencia: lógico-matemática, lingüística, kinestésica, musical, interpersonal, naturalista, etc. Existen diversas habilidades y cada persona posee uno o algunos de esos tipos de inteligencia. En ciertos casos, las personas tienen habilidades específicas que no descubrieron o no valorizan y son exigidas por el medio cultural o familiar. Esas situaciones generan una expectativa personal no correspondida que perjudica la evaluación de sí mismo. Una persona con autoestima equilibrada desarrolla bien y naturalmente sus talentos, entendiendo que a través de ellos irá a realizarse como persona y ofrecerá su mejor contribución al planeta. El descubrimiento de nuevos talentos puede suceder en un proceso progresivo y siempre dinámico. La persona reprimida en la niñez, o bloqueada en algunas de sus habilidades, puede desarrollarlas en vida adulta, madura y libre para hacer sus elecciones. Siempre podemos desarrollar nuevos talentos en cualquier tiempo o edad, desde que sea un movimiento de la voluntad interior.

La baja autoestima, por otro lado, sería una permanente incredulidad o insatisfacción consigo mismo. Esa característica ha sido un factor predisponente para los conflictos personales, disfunciones conyugales, familiares, o aun para varios trastornos psíquicos. Los individuos con autoestima no saludable son inseguros, conflictuados y presentan dificultades en decidir sobre su futuro. Cuando esa dificultad es muy intensa, puede provocar síntomas de irritabilidad, o actitudes violentas, toda vez que la persona tiene siempre en mente que los demás están criticándole o escar-

7 Howard Gardner, psicólogo cognitivo y educacional, profesor de la Universidad de Harvard. Es conocido en especial por su teoría de las inteligencias múltiples.

neciéndole. La persona insegura tiene reacciones *a priori* con rechazo o violencia como defensa a una posible descalificación del medio.

La rigidez y la inflexibilidad en alguno de esos opuestos, de baja o alta estima, son perniciosos al desarrollo humano, una vez que excluyen la capacidad de auto-reflexión sobre las actitudes ante la vida, y turban la visión crítica sobre sí mismo y sobre el mundo. Debe haber un balance dinámico entre las percepciones de las cualidades y las dificultades personales.

Reconocer las dificultades personales de forma tranquila y serena es un pre-requisito fundamental para la buena calidad de vida, pues si no lo hace, la persona irá a asumir tareas distantes de su potencialidad y, lo más importante, apartadas de sus sueños y proyectos de vida, y muchas veces, por más que se esfuercen, no conseguirán desempeñarlas bien.

Saber reconocer los límites, las dificultades y la falta de talento en determinados sectores de la vida también es prerrogativa de la autoestima saludable. Cuando no se reconoce hasta donde se puede ir, cuando se aceptan desafíos solamente por el hecho de responder a la demanda del otro, las frustraciones pueden aumentarse, corriendo el riesgo de pasar la vida entera atrás de realizar el sueño del otro. Por ejemplo, un hijo que, para agrandar las demandas de un padre, pasa la vida entera en una profesión indeseada, viviendo todo tipo de frustraciones; podría ser altamente hábil y talentoso si busca la actividad que realmente desea. De esta forma, buscar desarrollar actividades compatibles con los talentos y aspiraciones personales es un paso fundamental para la autorrealización y, por lo tanto, para una autoestima saludable. El filósofo y terapeuta comunitario Rolando Lazarte comenta sobre ese tema de forma muy pertinente:

Si no me acepto, choco con todo el mundo a mí alrededor.
Si me acepto, se crea como un punto sólido de fijación en mí mismo, y puedo circular y relacionarme sin tantas contrariedades, o sin ninguna contrariedad.

Esta constatación limpia a la persona de las auto-exigencias de cambios imposibles de realizar, perfeccionistas, y también la pone en contacto con el amor a sí misma; el origen de un sentimiento de paz y de fluidez en el mundo. Dejamos entonces de culpar a otros y de sentirnos agredidos por ellos, que no tienen nada contra nosotros, apenas se vuelven pantallas de proyección de un disgusto y de un rechazo de

nosotros mismos, que solamente puede ser cambiado desde dentro por cada uno(38).

~

Silvano, 22 años, vino a la consulta trído por sus padres. Según relataron sus acompañantes, el joven estaba recuperándose de una tentativa de suicidio y necesitaba de apoyo médico-psicológico. Silvano estaba cursando el 3º año de medicina y se sentía muy angustiado, pues no gustaba de la carrera, necesitando de un esfuerzo enorme para frecuentar las aulas y prepararse para las pruebas. Pero como tenía un compromiso moral con su padre, debía continuar el curso, aun al costo de mucho sufrimiento. En los últimos meses, la angustia por el curso venía creciendo, todavía no se sentía cómodo para comunicarle a su progenitor la decisión de cambiar de carrera. El sufrimiento afectó todas las áreas de su vida, llegando al punto de no encontrar salida, más allá de la decisión desesperada de morir.

En la anamnesis, el paciente se mostraba muy angustiado, con síntomas de ansiedad y fragilidad psíquica. En el ambiente del consultorio, ya a solas con el profesional, pudo expresar claramente su sufrimiento, relatando su insatisfacción con la elección profesional y con el conflicto vivido en relación a los deseos del padre. Las consultas con el paciente eran individuales y también en conjunto con los familiares, y después de varios encuentros, el diálogo intrafamiliar vino a tornarse posible y el joven pudo decir claramente a los padres el motivo de su angustia y también de la actitud desesperada del intento de suicidio. En ese ambiente protegido, Silvano consiguió hablar abiertamente de la angustia que lo acompañaba desde hace varios meses y del carácter insoportable de hacer un curso con el que no se sentía identificado.

Reflexionando hoy sobre la situación de Silvano, percibimos que el joven estaba imponiéndose un camino profesional sin identificación o ningún deseo personal. La tentativa de suicidio vino como un grito de socorro para romper la parálisis que la angustia le causaba. A su vez, los padres, pensando que estaban haciendo lo mejor por el futuro del hijo, no le dejaban espacio para hacer su propia decisión. La mayoría de las veces, los familiares sueñan con lo que imaginan sea mejor para sus hijos, pero los caminos propuestos están contaminados con sus propios deseos y aspiraciones, actuando más como una imposición de que propiamente como una elección.

Vemos el impase vivido por Silvano como un ejemplo de las equivocaciones que enfrentamos en las elecciones profesionales. Muchas veces, nuestras aptitudes no son respetadas e insistimos en caminos que por motivos externos permanecemos, aunque sin tener afinidad. En la medida en que continuamos sin deseo o voluntad, nos vamos desgastando y padeciendo física y mentalmente, más allá de no conseguir desarrollar plenamente nuestra capacidad productiva y habilidad profesional.

Con seguridad, ese paciente posee muchas habilidades y recursos psíquicos para desarrollar una vida profesional plena, pero la obligación que se impuso de corresponder a los deseos del padre lo paralizaba al punto de recurrir a salidas extremas por no conseguir asumir su propio sueño y deseo. La autoestima saludable es el substrato importante para las definiciones personales y profesionales; es un recurso que traza los caminos y, al mismo tiempo, es retroalimentada por la realización promovida por las elecciones acertadas. En la caminata para la opción profesional, necesitamos integrar nuestros talentos individuales con la libertad interior de escoger. Es siempre aconsejable que, en la duda, procuremos una orientación profesional que enfatice el autoconocimiento como camino fundamental para descubrir nuestras potencialidades.

~

Los desafíos son marcos en el crecimiento psicológico de las personas. Saber seleccionar cuál de los desafíos se debe aceptar, es una tarea que exige gran seguridad personal y capacidad de discernimiento, y aún más, una gran dosis de desprendimiento. Cuando optamos por un camino, necesitamos automáticamente renunciar a otros. En la construcción de sueños y aspiraciones es importante desarrollar la capacidad de reconocer, realísticamente, las propias virtudes y también las limitaciones.

¡Reconocer el propio talento, la perla dentro de cada uno de nosotros, es tener autoestima saludable! Es muy frecuente encontrar personas que buscan proyectos más allá de sus posibilidades, en aquel momento. Generalmente, eso genera mucha frustración y, consecuentemente, menos oportunidad de llegar al objetivo. Hay que tener coraje para trazarse objetivos que van más allá de lo mismo de siempre, pero no de aquellos que, por ser imposibles en aquel momento, crean frustraciones y estancamientos invencibles. Tenemos la costumbre de decir *que la menor distancia entre dos puntos no es una línea recta*. Cuando en un camino recto que une

dos puntos, nos encontramos con barreras demasiado grandes para traspasar, y permanecemos *ad aeternum*, desgastándonos para superarlas, el avance de nuestra caminata se vuelve inviable, debemos empaparnos de la fluidez existencial necesaria para trazar caminos alternativos, caminos vecinales, que contornean las dificultades y nos llevan al punto objetivo. En ese camino alternativo vamos a incorporar nuevos aprendizajes que, con seguridad, no tendríamos oportunidad si nos detendríamos *parados al margen del camino*. Seguir caminos alternativos y diversificar nuestras opciones, puede parecer alargar el camino, pero puede significar apertura del espíritu para lo nuevo y para adquirir nuevas experiencias.

Otro aspecto importante es reconocer la necesidad de pedir ayuda y saber recibirla. En el pedido de ayuda está implícita una declaración de duda sobre una determinada cuestión; por lo tanto, la persona que solicita ayuda reconoce que puede tener una deficiencia y abre la posibilidad de que el otro le sea útil en la superación del problema. Esta es una característica eminentemente ligada a la apertura del espíritu y seguridad en sí mismo y, por lo tanto, se presenta como un perfil de las personas resilientes. La receptividad para aceptar ayuda en el momento cierto, es directamente proporcional a la capacidad de ser desprendido y generoso, pues conociendo en sí mismo el placer de dar, reconoce en el otro la necesidad de hacerlo. La apertura para dar o para recibir andan siempre juntas y se retro-alimentan, ya que cuando damos también recibimos y viceversa. La buena autoestima facilita la aceptación para recibir ayuda y utilizar nuevos recursos e informaciones para reformular el patrón antiguo.

Las personas con autoestima saludable tienen más facilidad de trabajar en equipo, sobre todo cuando ejercen una función de liderazgo y administrando el trabajo de otras personas. Saber aceptar críticas y sugerencias del grupo, delegar tareas, permitir expresiones de capacidad del otro, son requisitos fundamentales del buen gestor. Esas posibilidades son características de aquellos que presentan seguridad personal y disponibilidad para crecer juntos. Es posible resumir ese pensamiento en la afirmación de Paulo Freire cuando dice que “la conciencia del mundo y la conciencia de sí como ser inacabado, necesariamente inscriben el ser consciente de su *inconclusión* en un permanente movimiento de búsqueda”⁽³⁹⁾. Es muy bueno escuchar al maestro decir: “Yo amo mi *incompletud*”. Por lo tanto, se puede reforzar esa línea de pensamiento diciendo que tener autoestima saludable, es aceptar la condición de inacabado para sí y para el otro, y caminar juntos en la búsqueda de la *completud*.

Como pilar teórico y metodológico, la pedagogía de Paulo Freire influye la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), en la oportunidad de estimular la autoestima saludable de las comunidades. La propuesta paulofreiriana se puede denominar de *pedagogía de la resiliencia*. En ese particular, algunos aspectos son levantados en la reflexión de la TCI como promotora de autoestima de las comunidades.

- En una Rueda de Terapia Comunitaria todos están en una relación de horizontalidad, entendiendo el crecimiento como posibilidad colectiva e interactiva;
- Todos tienen la oportunidad de hablar de sus problemas en un ambiente cálido y acogedor como primer paso para la construcción de una auto-imagen satisfactoria;
- El otro funciona como testimonio para el reconocimiento de su sufrimiento y la legitimación de su capacidad⁽⁴⁰⁾;
- Las exposiciones positivas sobre las experiencias relatadas, refuerzan la autoestima individual y colectiva;
- La percepción de que la construcción es colectiva, y la seguridad de que donde está el problema se encuentra también la solución;
- La percepción de que nadie está solo en su dolor, cada uno se identifica con el otro, aprende con él y se abastece con los descubrimientos vitalizadores para la vida; todos enseñan y todos aprenden;
- La empatía y la identificación con el problema del otro, aumentan las fuerzas de la auto-superación;
- La oportunidad de reconocimiento de la propia incompletud, a través del encuentro con la incompletud del otro.

Otro aspecto importante de esta reflexión es la relación entre autoestima, resiliencia y la Terapia Comunitaria. En esa metodología se hace necesario comprender el concepto de autoestima como ingrediente para aprender con la experiencia y desarrollar el proceso resiliente. Los objetivos de la TCI han sido muy claros en afirmar que ese abordaje estimula la autoestima de las personas y comunidades, volviéndose recurso imprescindible en el enfrentamiento de las dificultades y en la viabilización de soluciones adecuadas y de mejoría de la calidad de vida. Algunas investigaciones fueron realizadas evaluando la Terapia Comunitaria como

promotora de autoestima de los grupos comunitarios y se observó que esos grupos sirvieron de materia prima para el crecimiento de las personas, permitiendo ampliar la visión de sus sufrimientos, resignificar los sentimientos o situaciones y movilizar sus recursos personales⁽⁴¹⁾.

En la Terapia Comunitaria Integrativa el concepto de autoestima se interconecta con la pedagogía de Paulo Freire en lo tocante a la reflexión sobre su práctica. Reflexionar sobre el hacer facilita la adaptación a los nuevos hechos y realidades. Potencializar la autoestima saludable es tener una actitud crítica, adoptando la acción y reflexión como práctica constante. No será real el sentimiento de buena autoestima si no estuviera acompañado de la capacidad de escuchar al otro, sentir sus necesidades y valorizar su contribución en el proceso. Entender las relaciones humanas y sociales como un proceso sistémico y autotransformador, es condición básica para el desarrollo de la autoestima.

~

Finalmente, podemos resumir nuestra reflexión al decir que la autoestima saludable es un atributo fundamental para el desarrollo de la resiliencia, pues crea un terreno fértil para el aprendizaje personal, apertura para nuevas visiones, y capacidad de interactuar saludablemente con el otro y con la vida. Muy importante es que los profesionales que trabajan en los frentes comunitarios y en las áreas de la salud puedan estar atentos a esa reflexión, teniendo como el punto de partida el trabajo con la percepción de sí mismos y de la forma como las personas construyen su resiliencia a partir de la autoestima saludable. También es muy importante percibir la relación de la autoestima saludable con la capacidad de las personas y poblaciones de trabajar a favor de su salud, concientizándose de que la autoestima y el proceso resiliente son fundamentales para mantener la salud o aun para superar las enfermedades.

CAPITULO 3



REFLEXIONES SOBRE EL TRAUMA A LA LUZ DE LA NEUROCIENCIA

Respondiendo de cuerpo y alma al trauma y su superación



El ser humano es un guerrero; frente a las dificultades más insuperables no se da por vencido, echa mano de su creatividad, ingeniosidad, espiritualidad y de la capacidad de transformar el sufrimiento en aprendizaje. Esa fantástica particularidad hace del ser humano un ser que sobrevive, vive, aspira, sueña, transforma el planeta y, más que eso, recrea condiciones para posibilitar la sobrevivencia de los demás seres vivos. Este ser, la más reciente invención de la evolución de la vida en la tierra, se sabe una preciosidad de la naturaleza y al mismo tiempo se percibe, contradictoriamente vulnerable. Sin embargo, lo que lo diferencia de los demás es ser agente de su propio cambio y consciente de su autoconciencia.

En este capítulo vamos a profundizar la relación entre los aspectos neuro-fisiológicos y psicológicos de las personas sometidas a traumas y sus repercusiones en el comportamiento humano. Para comprender la respuesta al trauma, se hace necesario pasar por los estudios de la neuroanatomía, neurofisiología, neurotransmisores, aspectos de la personalidad y de la historia de vida, de la antropología, religión, filosofía, física cuántica...

La exposición a eventos traumáticos, violencia, pérdidas o conflictos sociales ocurre con relativa frecuencia, pero, como en las diferentes culturas, las respuestas individuales o colectivas son muy variadas, se hace

difícil entenderlas como un patrón estático. Cada pueblo y etnia posee mecanismos propios de enfrentamiento, liberación e integración de los eventos traumáticos. Las respuestas a los traumas ocurren en un amplio espectro, desde la recuperación completa hasta el desencadenamiento de trastornos psíquicos severos y/o debilitantes. Por eso, es necesario que haya diferentes dimensiones de comprensión y distintos niveles de abordajes terapéuticos.

Según la clasificación psiquiátrica del DSM-IV-TR⁸, el evento traumático es definido como “aquello que amenaza de muerte o pone en riesgo la integridad física para sí mismo o para otros, resultando en una respuesta subjetiva de miedo, desamparo y pánico”. Los malos tratos, abuso sexual, abuso físico y psicológico, negligencia y violencia doméstica son ejemplos de factores de riesgo para el desarrollo infantil, llevando a daños cerebrales, cognitivos, psicológicos y comportamentales⁽⁴²⁾. Los acontecimientos pueden generar traumas de diferente naturaleza e intensidad, siendo más destructivos cuanto más temprana fuera la edad de la persona que lo vive.

La presente reflexión abordará más específicamente lo que la neuro-psicología y la psiquiatría explican sobre el trauma y sus consecuencias. Los conceptos serán abordados en la perspectiva de la *neurociencia y su abordaje integrativo* que, según Peres⁽⁴³⁾, es resultante de contribuciones de varios espectros de investigación que se interrelacionan, ampliando así, la visión del funcionamiento del cerebro y de la mente humana. En esa referencia, el cerebro, no es más visto como una caja negra impermeable al mundo, pero sí como un sistema abierto que envía y recibe informaciones de varios otros sistemas, también abiertos del universo; puede ser visto como un punto de encuentro de los caminos evolutivos resultantes de millones de años de vida en la tierra.

El cerebro: caleidoscopio de posibilidades.

Comprender el funcionamiento cerebral desde una perspectiva holística, no siempre es simple. Siempre nos encontramos con la pregunta: ¿Cuáles son las fronteras entre lo orgánico y lo psicológico, el cerebro y la

⁸ El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) es una clasificación desenvuelta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), utilizada en todo el mundo como referencia para diagnóstico clínico y de investigación de los trastornos mentales.

mente, lo genético y lo adquirido, lo social y lo individual, lo mecánico y lo cuántico? Para responderla, el camino más interesante sería abrir mano de las delimitaciones cartesianas y fluir en la perspectiva integradora, entendiendo todos esos factores como entrelazados y de difícil separación. Lo que se hace necesario es evitar las idealizaciones parciales que defienden de forma rígida, un lado del asunto, sin la apertura para incluir otras posibilidades. Cuando hablamos a través del prisma de la ciencia, tenemos la tendencia a definir conceptos y paradigmas como si fuesen verdades inmutables. En el campo de la neurociencia surge la pregunta: ¿Cuál la palabra final sobre el cerebro?

La referencia científica parte del principio del conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable de la realidad, o sea, procedimientos de verificación objetiva y metodológica incuestionables. Galliano⁽⁴⁴⁾ reafirma esa aseveración diciendo que ese conocimiento es racional y objetivo; va más allá de los hechos; requiere exactitud y claridad; es comunicable y verificable; depende de investigación metódica; busca aplicar las leyes; es explicativo; puede hacer predicciones; es abierto y útil.

La epistemología - ciencia que estudia el origen, la estructura, los métodos y la validez del saber, teoriza el conocimiento y se sirve de la metafísica, de la lógica y de la filosofía para comprender la ciencia en la vida humana. Una postura abierta al crecimiento humano, sería no definir el conocimiento científico como la verdad absoluta; al contrario, en cada nueva investigación, nuevas perspectivas se descubren, surgiendo nuevas leyes y paradigmas. Reafirmamos que tener una postura científica, contrariando al cientificismo rígido, es estar siempre abierto a nuevos hechos y nuevos conocimientos. La epistemología evidencia dos posiciones: una empírica, cuando el conocimiento debe ser basado en la experiencia; y otra racionalista, que defiende que la fuente del conocimiento se encuentra en la razón y no en la experiencia. Otra fuente de conocimiento está en la percepción intuitiva, en la interrelación entre los hechos y las conexiones provenientes de las dimensiones más sutiles de la realidad. En cuanto a este camino, vamos a abordarlo con más claridad, al incluir en esta reflexión las ciencias cuánticas que toman en cuenta otras formas de percepción de la realidad.

Una vez colocada esta sucinta explicación sobre la ciencia, nos preguntamos: ¿Cómo entender el cerebro bajo el sesgo científico, no obstante, no cerrarnos frente a las visiones multidimensionales de la realidad? ¿Cómo incorporar las varias líneas del conocimiento, sin perder las referencias de las neurociencias?

En la evolución de las especies, el cerebro evolucionó significativamente en el ser humano. El encéfalo en nuestra especie contiene cerca de 100 billones de neuronas, y cada una de esas células puede conectarse a más de 20 mil otras, computando una infinita cantidad de procesamiento de mensajes. Su estructura tiene, por definición, una capacidad enorme de auto-expandirse y de auto modelarse, dependiendo de los estímulos y de las circunstancias. El proceso de expansión de la capacidad cerebral se denomina *plasticidad neuronal* y ha sido responsable por la posibilidad de la superación y reconstrucción de las funciones neurológicas.

El cerebro, este *sistema* todavía enigmático, acarrea en sus estructuras complejas, el registro de la larga historia del hombre en el planeta. El cerebro es complejo, flexible, adaptador y auto-organizador. Filogenética y ontológicamente, el sistema nervioso funciona con capas superpuestas que van complejizándose a lo largo del proceso evolutivo, desde los seres más rudimentarios, en este caso poseedores de sensibilidad incipiente, hasta los mamíferos superiores y, finalmente, el ser humano⁽⁴⁵⁾. La unidad de funcionamiento de ese órgano es la neurona, célula diferenciada de las demás por existir en beneficio de todas las otras células del cuerpo. Esas células pueden enviar señales influyentes para otras células y así modificar su funcionamiento⁽⁴⁷⁾. Es interesante ese pensamiento de Antonio Damásio⁽⁴⁶⁾, por hacernos reflexionar sobre las funciones de cada órgano o sistema orgánico. Por ejemplo, el hígado tiene como función primordial la metabolización y transformación de sustancias que entran en el cuerpo, los riñones se responsabilizan por la filtración y eliminación de las toxinas y excedentes del metabolismo y así sucesivamente. El cerebro, a su vez, no existe solo para su función intrínseca; vive para que el todo se exprese y se auto gestione; funciona como un modulador del diálogo constante entre todas las células que componen la unidad del organismo.

Desde el punto de vista de la biología mecanicista, la función cerebral es resultante de fenómenos físicos y químicos, sobretodo de moléculas especializadas en la transmisión entre las neuronas – los neurotransmisores. Las sinapsis son el lugar de esas comunicaciones, donde el fenómeno físico se transforma en químico y de este pasa para descargas eléctricas (fenómenos físicos), y así sucesivamente. Esta base de procesos de potenciales de acción, corrientes eléctricas, síntesis, almacenaje y liberación de sustancias transmisoras, forman una red neural híper compleja. Las sinapsis son estaciones de transmisión de esa red, locales de entrada

y salida de informaciones, de contacto con el medio ambiente interno y externo a la estructura cerebral.

Extrapolando el conocimiento biológico convencional, Jeffrey Satinouer⁽⁴⁸⁾, estudioso de la física cuántica, afirma que el cerebro tiene una naturaleza cuántica capaz de extrapolar las determinaciones rígidas y mecanicistas de la materia, actuando como amplificador cuántico, lo que proporciona un grado de libertad no determinística de ser y de actuar. La comprensión cuántica adoptada en estas reflexiones proporcionara una visión más allá de la materia, incluyendo los aspectos más sutiles de la conciencia, lo que nos deja más sintonizados con la maravilla y el alcance de la transcendencia humana.

El neurocientífico australiano y ganador del Premio Nobel en Medicina, en 1963, John Eccles (1903-1997), dedicó toda su vida al estudio de las funciones cerebrales superiores. Este científico buscó en el conocimiento de la física cuántica explicación para la relación del cerebro con la conciencia y profundizó en la comprensión de esa correlación. En los últimos trabajos publicados, Eccles⁽⁴⁹⁾ defendió la filosofía dualista⁹, contraponiéndose al materialismo radical de sus colegas, que entendían la conciencia como epifenómeno (producto) del cerebro. Este científico estudió las *sinapsis neuronales*¹⁰ en sus aspectos micro-anatómicos, identificando una *red vesicular pre-sináptica para-cristalina*, sencilla a los acontecimientos mentales no materiales. Esas micro-estructuras son responsables por la *emisión cuántica de moléculas de transmisión* y representan la unidad funcional elemental del proceso de transmisión entre neuronas. En ese *locos* se daría, según el Prof. Eccles, la interacción entre la conciencia como un fenómeno no material y la substancia cerebral propiamente dicha. La exposición de la teoría de Eccles, referenciada en el sesgo de la física cuántica, servirá de base para la comprensión de las interacciones entre el cerebro, la conciencia, espiritualidad y el fenómeno humano, abordadas en Capítulo 10.

El cerebro humano es único. En la escala del perfeccionamiento filogenético, esta maravilla de la naturaleza se vuelve más que la suma de sus partes, mucho más que las posibilidades materiales, mayor que sus inimaginables interconexiones. Buscando entender todo esto, nos pre-

9 Eccles desarrolló una filosofía dualista que denominó de *dualismo interaccionista*, defendiendo que existen diferentes substancias en el Universo, una material y otra mental.

10 Unidad fisiológica de la función cerebral, punto de encuentro entre la conexión de dos neuronas.

guntamos: ¿Cómo todo ese enmarañado de neuronas funciona de forma que *producen* la mente humana? ¿Cuáles son las relaciones entre las vivencias personales y los factores externos en el desarrollo cerebral, y, cómo todo eso alteraría el comportamiento humano? Y, más específicamente, retomando el tema de esta reflexión, ¿cómo el trauma interfiere en el desarrollo neurológico y altera los mecanismos cerebrales?

Este texto no tiene la pretensión de agotar estas preguntas tan profundas, pero esperamos que las presentes reflexiones abran algunas ventanas de cuestionamientos y curiosidades sobre el asunto, ampliando el diálogo sobre el tema.

Vivencias traumáticas y desarrollo cerebral

Como forma de comprender la relación entre los efectos del trauma y el desarrollo cerebral se hace muy importante primeramente entender mejor la relación cuerpo-cerebro. El concepto de *circuito resonante* (*resonant loop*) citado por Damásio⁽⁵⁰⁾ en su libro *E o Cérebro Criou o Homem*, nos ayuda en parte a pensar sobre esa interacción. Según ese concepto, las estructuras cerebrales están ligadas al cuerpo de manera inextricable. Las partes específicas del cuerpo, estimuladas por el cerebro, envían de vuelta mensajes a ese órgano que, una vez reactivado, retorna el estímulo al cuerpo. Este eterno “*looping*” va construyendo inexorablemente las sensaciones, supra-sensaciones, emociones, sentimientos primordiales, en un sumatorio que lleva a componer el fenómeno de la conciencia.

Si relacionáramos la reflexión sobre la increíble función de las neuronas de controlar y hacer funcionar todos los demás órganos del cuerpo con la hipótesis de circuito resonante citada por Damásio⁽⁵¹⁾, damos un paso más en la búsqueda de la intersección entre cerebro y cuerpo. De esta forma, la percepción de esa interacción tan profunda nos lleva a comprender mejor la maravillosa evolución del cuerpo como un todo y su belleza todavía poco comprensible. Los pasos citados de la intersección entre las células corporales, neuronas, neurotransmisión, son partes indisolubles y formadoras del fenómeno de la mente humana. Pero como partes, tenemos mucho que agregar.

Continuando la reflexión sobre la relación entre el cerebro y la mente, vamos a encontrarnos con algunas dificultades y confrontaciones paradigmáticas. Por ejemplo, la dicotomía existente entre cerebro y mente,

guía conceptual de la medicina alopática occidental, nos remite a separar síntomas provenientes de las disfunciones anatómicas y neuroquímicas, de los síntomas provenientes de la *psyché*, denominados síntomas psicológicos o emocionales. Esa propuesta dicotómica causa repercusiones en las investigaciones y en la aplicación de la práctica clínica. De forma muy general, citamos el ejemplo de esa separación en la clasificación de las enfermedades según los conceptos de enfermedades físicas y enfermedades mentales.

Algunos neurocientíficos han enfatizado en los últimos 20 años que, determinadas partes del cerebro están relacionadas con funciones y tipos de informaciones específicas⁽⁵²⁾. Luria, en medidos del siglo XX, desarrolló una teoría sobre el funcionamiento cerebral en la cual sistematizó este órgano en tres principales unidades funcionales, siendo estas responsables por las diferentes actividades mentales⁽⁵³⁾. Esa propuesta de mapeo funcional del cerebro ha sido contrapuesta a la idea de que la función de la mente es fruto del cerebro como un todo. En ese punto de la discusión, tenemos líneas de investigaciones que segmentan las funciones cerebrales y otras que integran esas funciones, yendo más allá de la estructura material, alcanzando los límites de lo tangible e intangible. Conocer de estas contradicciones, se reviste en apertura conceptual para incluir nuevas posibilidades del conocimiento sobre las relaciones del cerebro con la mente.

~

En la comprensión de los traumas sobre la función cerebral es fundamental saber cómo el cerebro identifica los estímulos externos, si rechazadores o acogedores, y la relación de las experiencias anteriores y de la historia personal. Las estructuras y la fisiología cerebral se impregnan de todas las experiencias vividas y las emociones provenientes de ellas. El niño aprende a identificar las emociones de las palabras, las intenciones y el sentido de la comunicación recibida. Los mensajes y estímulos que califican las acciones positivas del niño, crean verdaderos constructos de afectividad y amor en las relaciones interpersonales. Todo funciona como una creciente red de interacción en que los sentimientos de respeto, cariño y afectuosidad predominan sobre los demás. En las situaciones de irrespetuosidad y descalificación, los constructos cerebrales creados funcionan como lugares vulnerables que pueden llevar a futuras dificultades emocio-

nales. La agresión física o emocional vivida por el niño puede dejar secuelas indelebles en su estructura cerebral y también en su comportamiento.

La mayoría de las personas expuestas al trauma severo presentan modificaciones del patrón mental, emocional y físico, de forma temporal o permanente. Para comprender la acción del trauma sobre el cerebro, primero vamos a presentar algunos conceptos. Ritchie, Watson y Friedman⁽⁵⁴⁾ estudiaron las intervenciones de salud mental en situaciones de traumas colectivos, y distinguieron dos tipos de consecuencias de los traumas: la *Respuesta Aguda al Trauma* (RAT) y el *Trastorno de Estrés Pos-Traumático* (TEPT). Este último está ligado a la comprensión psicopatológica de la enfermedad que persevera aun después de la suspensión de los estímulos estresores. La Respuesta Aguda al Trauma engloba toda suerte de compromiso, desde respuestas adaptativas más o menos severas hasta las fases incipientes de las enfermedades. De un modo general, la RAT es directamente proporcional a la intensidad del estrés y al tiempo del trauma, e inversamente proporcional a los recursos protectores⁽⁵⁵⁾.

En la Respuesta Aguda al Trauma, muy frecuentemente surgen los síntomas de ansiedad, excitación, dificultad de sueño, entorpecimiento, aislamiento y re-experimentación del evento. Generalmente, los síntomas comienzan en los primeros días o semanas y van moderándose progresivamente. En la posibilidad de empeoramiento del cuadro, aun después de un mes de evolución, puede levantarse la hipótesis del diagnóstico de TEPT. Algunos factores predisponen al apareamiento de ese trastorno: exposición severa y larga al trauma, género femenino, sentimiento de que la vida está amenazada, victimización y síntomas depresivos pre o peri-traumáticos.

Como víctima de un desastre o trauma, tanto el niño como el adulto, sufrirán efectos sobre su parte emocional y sobre el desarrollo neurobiológico; en tanto, los niños son más vulnerables a esas modificaciones. Los autores hablan sobre el concepto de *estrés precoz*, describiendo una categoría que engloba diferentes experiencias traumáticas ocurridas en la infancia y adolescencia con repercusión en la vida adulta. A continuación citamos algunos ejemplos de esas experiencias traumáticas: pérdida parental; separación de los padres; enfermedades infantiles; violencia en la familia; privación de alimentos, ropas, abrigo y amor; abuso físico, emocional y sexual; y los diversos tipos de negligencias⁽⁵⁶⁾.

Ursano y Norwood⁽⁵⁷⁾ afirman que una situación traumática lleva a la pérdida del sentido de omnipotencia y de la confianza del niño en los

padres, familia, profesores u otras figuras protectoras. El trauma puede interferir en la capacidad de identificar, regular y expresar emociones en los niños traumatizados. En la revisión sobre este tema, estos mismos autores identificaron algunas consecuencias del desequilibrio emocional en los niños: problemas psicosomáticos, dificultades comportamentales, bajo rendimiento escolar, recuerdos dolorosos del trauma, hipervigilancia (ansiedad), miedos y fantasías de agresividad. En la fase de la adolescencia, las respuestas a los traumas pueden manifestarse como consumo de alcohol y otras drogas, actitudes violentas, adopción de ideologías radicales y asociación a grupos violentos.

Bowlby⁽⁵⁸⁾ estudió la relación entre las figuras de vinculación del niño y la construcción de su personalidad, percepción del mundo y autoestima. Según este autor, los patrones de relaciones desarrollados con los cuidadores entran como ladrillos fundamentales en la organización psicológica del niño y del posterior adulto. El niño víctima de abandono y de violencia desarrolla procesos defensivos que, cuando no superados, pueden desembocar en enfermedades mentales. Teresa Freire⁽⁵⁹⁾, en su texto sobre la *Teoría del Apego*, según la referencia de Bowlby y la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), afirma que “el comportamiento de apego evoluciona a lo largo de la vida, no es estático ni rígido”⁽⁶⁰⁾ y por eso ella propone las Ruedas de TCI como una de las formas de redimensionar las situaciones traumáticas y que sean “constructoras de nuevos patrones vinculares”⁽⁶¹⁾.

Otro aspecto importante en el estudio de la resiliencia es el concepto de trauma psicológico. Según Peres⁽⁶²⁾, “el trauma psicológico es resultante de una situación experimentada, testimoniada o confrontada por el individuo, en la cual hubo amenaza a la vida o a la integridad física o psicológica de sí mismo o de personas a él ligadas”. Aunque de origen psicológico, ese evento puede llevar a alteraciones orgánicas cerebrales, promoviendo perpetuación de la agresión y reformulación de la personalidad y comportamiento, sobre todo cuando ha ocurrido en niños o personas jóvenes. Además, el trauma psicológico puede alterar el comportamiento de los individuos, llevándolos al aislamiento social, distorsiones de la percepción de la identidad personal y alteraciones de la crítica y del juicio. Esos eventos pueden afectar el funcionamiento cognitivo, la salud física y las relaciones interpersonales⁽⁶³⁾.

Idalia, una señora de 73 años, llega al consultorio acompañada de sus dos hijas. El motivo de la consulta está relacionado a las dificulta-

des actuales de la paciente de convivir pacíficamente con los familiares, tornándose una persona furiosa e irritable. Presenta también pérdida de la memoria para hechos recientes y episodios de desorientación en el tiempo y espacio. En la historia de vida, la paciente perdió su madre a los siete años de edad, pasando a vivir en orfanatos hasta el final de su adolescencia, cuando se casó. Convivió con su padre y sus hermanos solo en los períodos de vacaciones escolares.

En la entrevista de la anamnesis, contó que a los 53 años pasó por un episodio de llanto convulsivo durante una reunión de la Iglesia, en el momento en que el coordinador del grupo preguntó a todos cual el hecho más positivo y el más negativo de su vida; la respuesta vino en forma de llanto catártico cuando se acordó de la pérdida de la madre. El hecho causó espanto a sus hijas, ya que Idalia nunca había llorado o demostrado cualquier fragilidad emocional en toda su vida.

Lo que comprendemos con la historia de Idalia es que ella ocultó durante muchas décadas el sufrimiento de la pérdida de la madre y de la exclusión familiar vivida en la niñez. Se volvió una persona activa, emprendedora, pero muy dura psíquicamente. Sus hijas afirman que nunca recibieron cariño físico ni demostraciones afectivas de su madre, aunque ésta siempre fue una cuidadora del soporte material de la familia. El trauma psicológico probablemente quedó encubierto en el psiquismo de la paciente hasta que un día, por una fragilidad momentánea, el sufrimiento brotó “como si hubiera perdido la madre el día anterior”, comenta la hija. Probablemente el trauma psicológico no fue integrado a las funciones psíquicas, permaneció congelada; y alrededor del sufrimiento fue construida una capa protectora en forma de blindaje.

Hoy, Idalia presenta algunos síntomas de pérdida cognitiva causada por una discreta demencia cerebral, además de la intensificación de los síntomas de irritabilidad y dificultad para relacionarse armónicamente con sus hijas. La estrategia utilizada para superar la pérdida precoz de la madre le acompañó toda su vida, tornándola una persona impenetrable al dolor del otro y con baja capacidad de autocrítica. Siempre que era comunicada que una de las hijas estaba embarazada, la paciente se mostraba muy aprensiva e irritada con la situación. Ese comportamiento fue explicado por las hijas como un recuerdo de la muerte de su madre, ya que ésta murió en el parto.

En ese momento de la vida, con la asociación de síntomas de envejecimiento cerebral, es más difícil un tratamiento para la superación del

trauma, pero aun así vale la pena invertir en un proceso psicoterapéutico como forma de detener su sufrimiento, aunque tan antiguo. La propuesta presentada fue un tratamiento psicoterapéutico, en el cual la paciente pueda tener un espacio para finalmente hablar de sus dolores y poder posiblemente trabajar su duelo. En muchas situaciones se hace necesario trabajar psicoterapéuticamente el duelo, aunque la pérdida haya sido muy antigua y aparentemente olvidada. Esta recomendación está relacionada al conocimiento de que todo lo que es vivido, pasa a marcar indeleblemente el cerebro, sea bajo la forma de trauma o de superación, con beneficios positivos a través del proceso resiliente.

En el caso de Idalia, el sufrimiento vivido en la niñez estaba repercutiendo a lo largo de su vida, aunque haya dado algunas señales de superación a través de la disponibilidad para vivir una relación conyugal y construir una familia. Las dificultades en manifestar afecto a los suyos probablemente están relacionados al bloqueo emocional inconsciente causado por la pérdida precoz de su madre. Esta marca le acompañó en todas sus relaciones afectivas, demostrando ser el punto de sensibilidad al trauma vivido.



En la literatura especializada, los autores distinguen el concepto de estrés y el concepto de trauma. Para Ritchie, Watson y Friedman⁽⁶⁴⁾, *estrés* es esencialmente homeostático, una interacción dinámica entre el agente estresor y la defensa del individuo, mientras que el constructo de *trauma* se refiere a la quiebra de la homeostasia, llevando a los sobrevivientes a que carguen por largo tiempo una secuela sobre el equilibrio interrumpido. En la práctica, esos términos se confunden y pueden ser usados como sinónimos o como escalas de procesos negativos vividos.

Innumerables estudios evalúan las consecuencias del trauma y de los factores de riesgo, pero pocas son las investigaciones realizadas para evaluar los factores de protección, o aun de la capacidad de resiliencia de esas personas. Los estudiosos del asunto entienden que estas últimas serían investigaciones muy complejas, multifactoriales y que necesitarían de evaluaciones prospectivas de las personas, antes y después del trauma. Recientemente se han realizado investigaciones con personas sometidas a traumas vicariantes – bomberos, policiales, profesionales de salud – que se someten diariamente a situaciones de emergencias causantes de su-

frimiento humano. Esos profesionales desarrollan síntomas de secuelas de traumas por la convivencia con personas en situación de riesgo y de sufrimientos intensos. Por el hecho de la posibilidad del *trauma vicariante*, se hace necesario la implantación de programas de acogida y acompañamiento a las personas que trabajan en las comunidades y en situaciones de repercusión de la violencia, accidentes naturales y catástrofes. Los profesionales de salud son especialmente vulnerables de ese tipo de trauma, ya que presentan como objetivo de su actividad el dolor y sufrimiento de las poblaciones.

Aspectos neuroquímicos y anatómicos del trauma

Actualmente, además de las cuestiones de resistencia al trauma, recuperación y crecimiento personal pos-traumático, los autores se han dedicado a los *componentes biológicos de la resiliencia*, previendo que ellos puedan ser importantes en la evaluación de la gravedad y en las medidas de intervención⁽⁶⁵⁾. Han sido estudiadas varias sustancias neuroquímicas protectoras que pueden mejorar la capacidad de fortalecimiento de una persona frente a una situación traumatizante. Son ejemplos de esas sustancias el DHEA (dehidro-epiandrosterona), que disminuye los efectos del cortisol¹¹; el neuropéptido Y, que neutraliza los efectos del ACTH (hormona liberadora de corticotrofina por el hipotálamo); la galanina¹²; la testosterona y una proteína denominada Delta FosB que parecen proteger pequeños ratones, y posiblemente humanos, del estrés proveniente de la soledad/aislamiento o de la amenaza de ratones más agresivos.

Los autores han trabajado en la hipótesis de que la presencia del neuropéptido Y, funciona como reductor de la ansiedad y como factor positivo al enfrentamiento del trauma⁽⁶⁶⁾. Algunos estudios demuestran que el aumento de los niveles de neuropéptido Y, en combatientes de guerra promueve menor incidencia de trastorno de estrés pos-traumático⁽⁶⁷⁾.

Estudios genéticos sugieren que la base genética de vulnerabilidad a la ansiedad puede estar relacionada al péptido liberador de gastri-

11 Cortisol: hormona producida por la parte superior de la glándula suprarrenal, directamente envuelta en la respuesta al estrés. El cortisol está directamente implicado en las alteraciones cerebrales provocadas por el estrés crónico.

12 Galanina es un neuropéptido encontrado en el cerebro, médula espinal e intestino de seres humanos, así como de otros mamíferos. Esa sustancia está relacionada a muchas funciones biológicas: regulación del sueño, cognición, alimentación, regulación del clima, regulación de la presión arterial, neuro-génesis y actividad neuro-protectiva.

na¹³ y al GABA (ácido gama-amino-butírico). Se describe también que la depresión que sigue a los eventos traumáticos puede estar asociada a una alteración de los genes responsables por la fabricación de serotonina, comparada a individuos normales. Esto quiere decir que las predisposiciones genéticas constitucionales pueden funcionar como factores de vulnerabilidad o, al contrario, servir como factor de protección.

La reacción al estrés se procesa primeramente en las reacciones más instintivas del ser humano: cerebro reptiliano¹⁴, sistema límbico y sistema neuro-endócrino. Si una persona se siente amenazada, el hipotálamo dispara un señal para la neuro-hipófisis que, a su vez, secreta el ACTH¹⁵ que, liberado en la corriente sanguínea, estimula las suprarrenales a fabricar el cortisol. En una situación de estrés agudo, el cuerpo entra en una turbulencia biológica y después, de forma progresiva, se armoniza cuando la amenaza se extingue. En situaciones de estrés crónico o cotidiano, traducido por el cuerpo como una amenaza constante a la autodefensa, el conjunto de hormonas responsables a los estímulos se mantiene continuo, pudiendo dañar estructuras orgánicas, aun hasta de forma irreversible.

Estímulos constantes, aunque de baja intensidad, pueden dañar los mecanismos positivos de autodefensa, ya que acontecen de forma encubierta, no percibida por la persona que los vivencia.

El circuito neural envuelto en la homeostasis dinámica entre estrés/ reequilibrio incluye diferentes estructuras y sustancias, entre ellas el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), los neurotransmisores: noradrenalina, dopamina y serotonina que, a su vez, interactúan con estructuras cerebrales que envuelven la memoria y el sistema neurovegetativo, simpático y parasimpático⁽⁶⁸⁾. El efecto del *trauma precoz* en la psicopatología del adulto es atribuido al eje HPA que, sobre-activado durante el proceso de desarrollo, continúa inestable, vulnerable o disfuncional. Ese sistema, una vez desregulado, provoca alteraciones crónicas en otros sistemas, alterando los mecanismos de retorno al equilibrio orgánico natural.

13 Gastrina es una hormona que estimula la secreción de ácido gástrico por las células parietales del estómago y ayuda en la motilidad gástrica.

14 El neurocientífico Paul MacLean elaboró la Teoría del Cerebro Trino, en la cual el cerebro es dividido en tres unidades funcionales: cerebro reptiliano, sistema límbico y neocórtex. Esta división está fundamentada en el desarrollo filogenético del sistema nervioso central y cada una de esas unidades representa un extracto evolutivo de los vertebrados.

15 ACTH – Hormona Adrenocorticotropa, secretado por la hipófisis para estimular a las glándulas suprarrenales a fabricar el cortisol.

Se puede afirmar que la homeostasis interna depende de la capacidad del cuerpo de accionar el *feedback* negativo sobre la secreción del eje HPA, o sea, ese eje es inhibido cuando se afecta el equilibrio periférico, y entonces el cuerpo envía señales para controlar o reducir la secreción de hormonas estimulantes de las glándulas sistémicas o neuroendocrinas. Si esto no ocurre, el organismo queda en constante reacción, como si estuviera viviendo una amenaza continua. Respuestas agudas que no alcanzan una gravedad extrema, generalmente son adaptativas; mientras que las respuestas excesivas o prolongadas pueden causar efectos adversos irreversibles⁽⁶⁹⁾. Los resultados de los estudios muestran la gran importancia en la prevención del estrés precoz y en la intervención aún desde la niñez, de manera de reducir el avance de problemas de salud a largo plazo y a la re-victimización en el adulto.

Los estudios neurofisiológicos de individuos traumatizados demuestran varias alteraciones a nivel de las estructuras cerebrales de forma temporal o aun permanente. Por ejemplo, investigaciones evidencian una sobrecarga de excitación de la amígdala cerebral¹⁶ cuando es evaluada en personas víctimas de traumas o violencia. Esta pequeña estructura del sistema límbico está ligada a la creación del contenido emocional de la memoria, a los sentimientos de miedo y a las reacciones agresivas.

Esa hiper-excitación lleva a perjuicios en la homeostasis (equilibrio) de las reacciones emocionales y del significado emocional de los acontecimientos. La amígdala cerebral tiene la tarea de filtrar e interpretar informaciones relacionadas a la sobrevivencia y necesidades emocionales del individuo, más allá de contribuir al desencadenamiento de reacciones apropiadas a las circunstancias externas.

Perteneciendo también al sistema límbico, el hipocampo, región importante en la formación y recuperación de la memoria verbal y emocional, tiene la función de discriminar cuales son las informaciones que serán almacenadas en la memoria de largo plazo. Esos datos llevan a la conclusión de que el sistema límbico o cerebro intermediario y sus vías de conexiones con el córtex pre-frontal (neocórtex) tienen la importante función de integrar la experiencia traumática. El sistema límbico está compuesto por un circuito integrado de estructuras cerebrales responsables por las emociones profundas y por la capacidad de ofrecer reacciones

16 Pequeña estructura cerebral perteneciente al sistema límbico o cerebro emocional, responsable por las reacciones instintivas de lucha y fuga; cuando recibe estímulos de miedo, desencadena reacciones de fuga de forma totalmente irracional.

al ambiente emocional o afectivo; por ese motivo está directamente relacionado a las vivencias traumáticas.

Estudios con neuro-imagen – resonancia magnética funcional – vienen evidenciando anormalidades cerebrales y funcionales en personas con historia de traumas físicos o emocionales ocurridos a tierna edad⁽⁷⁰⁾. Algunas áreas cerebrales quedan dañadas frente a una vivencia aversiva o agresiva en el niño. Por ejemplo, la disminución del volumen y activación del hipocampo, la reducción en la actividad del córtex pre-frontal, del cíngulo anterior y del área de Broca, lleva a la dificultad de sintetizar, categorizar e integrar la memoria traumática. La no integración del trauma, o sea, la permanencia de funciones y estructuras impedidas de desempeñar saludablemente su función, se convierten en puntos vulnerables de sufrimientos psíquicos o comportamientos inadaptados.

En los abordajes psicosociales, los profesionales buscan ayudar a los niños y adolescentes, o mismo a los adultos, a que integren las vivencias de manera que puedan ser comprendidas, concientizadas y transformadas en aprendizaje. Podríamos afirmar que esos abordajes ayudan a las personas a construir la resiliencia y a desarrollar sus aspectos más saludables. Aunque el recuerdo del hecho permanezca, este no paraliza a la persona en su desarrollo y ni cambia el sentido de su percepción en futuras relaciones interpersonales.

Frente a una situación traumática, el cuerpo humano se manifiesta de dos maneras. En la primera, denominada de *lucha o fuga*, hay una hiper-estimulación de la función del sistema neurovegetativo – simpático y parasimpático – con expresiva actividad del sistema adrenérgico, normalmente propenso a la respuesta de luchar o huir. En esa condición, se demuestra una atenuación de la actividad del córtex pre-frontal y mayor actividad de la amígdala cerebral, llevando a la continua excitación autonómica y al estado de alerta. En este caso, el cerebro se comporta como una alarma de incendio que se daña al intentar señalar la amenaza, pasando a sufrir consecuencias de la propia tentativa de superar el problema.

En la segunda forma de reaccionar, el cuerpo entra en una especie de *congelamiento*. En ese tipo de reacción, hay una disociación de la conciencia y activación del sistema nervioso parasimpático. Ocurre, además, un aumento de la actividad del córtex pre-frontal, inhibición de la amígdala cerebral y embotamiento de la respuesta simpática, llevando al entorpecimiento emocional. Los estudios demuestran que este tipo de reacción, oculta un sufrimiento subjetivo aún mayor que la respuesta de

híper-estimulación, pudiendo causar bloqueos de la capacidad psíquica y productiva del individuo. El congelamiento, que representa una supresión permanente de enfrentar las situaciones, repercute en esta en varios aspectos, sobre todo por medio del miedo y del bloqueo de la capacidad de amar. Ese congelamiento puede extenderse indefinidamente en la vida de la persona, llevando a situaciones psico-comportamentales importantes, dificultades en las relaciones personales y baja calidad de vida. La persona deja de enfrentar los desafíos, no busca realizar sus sueños y muchas veces se impide hasta de soñar.

Concepto de Estrés y de Trauma

Para comprender mejor este tema, es importante distinguir entre *eventos traumáticos* y *los estreses diarios*. En las situaciones de *eventos traumáticos*, el organismo no retorna a su fisiología natural, necesitando de tiempo para procesar las informaciones. Algunas veces, las modificaciones provocadas por el trauma se perpetúan pudiendo llevar a síntomas psíquicos. Según Peres (2009), esos eventos dificultan la adaptación de las personas, porque quedan gravados en la mente, provocando una profunda desorganización psicofisiológica. Un acontecimiento se transforma en trauma, cuando el sistema es sobrecargado crónicamente⁽⁷¹⁾.

Los *estreses diarios* son enfrentamientos repetidos de la vida cotidiana, donde el organismo puede recuperar rehaciendo su homeostasis. Todos los seres humanos están sujetos a estos eventos, pero cada uno lidia con ellos de forma diferenciada. Cuando el estrés cotidiano se vuelve crónico, el cuerpo puede entrar en agotamiento, no teniendo condiciones de retorno a su equilibrio. En ese caso, se puede denominar de estrés crónico, que es tan deletéreo como el evento traumático. En el caso de agotamiento fisiológico y consecuente disminución de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario, pueden ocurrir en el adulto patologías clínicas hoy muy frecuentes, de las cuales citamos dos como ejemplos: el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia¹⁷.

David Bercei⁽⁷²⁾, creador del TRE – Ejercicios de Liberación del Estrés y del Trauma – reafirma la diferenciación entre los conceptos de *trauma*, *estrés cotidiano* y *trauma vicariante*. Para este autor, el *estrés* sería

¹⁷ Condición dolorosa crónica y generalizada. Generalmente está asociada a la baja calidad de sueño, dolores difusos y cuadros depresivos crónicos. En algunas personas viene asociada a la fatiga crónica y puede perjudicar el desempeño personal y profesional.

cualquier experiencia que provoque cambios en los mecanismos normales de adaptación; mientras que *trauma* es una experiencia impactante que altera los mecanismos normales de adaptación y puede alterar el funcionamiento del cuerpo de forma temporal o permanente. *Trauma vicariante* es definido como efecto inconsciente debido a la exposición a historias traumáticas de otras personas, como, por ejemplo, terapeutas que se exponen prolongadamente al sufrimiento del otro. Para todas esas situaciones, independiente de las causas, si emocionales o corporales, ese investigador propone la reversión de ese estado orgánico a través de los ejercicios de TRE. Esos ejercicios facilitan el apareamiento de temblores corporales, resultantes de las tensiones acumuladas en el cuerpo. Esos temblores liberan la tensión interna provocada por el trauma, llevando a la reducción de la ansiedad y de los síntomas psicossomáticos, desobstrucción de los canales emocionales y finalmente al reprocesamiento de la memoria traumática.

Neuroplasticidad neuronal: la representación de la resiliencia en el cerebro

Otro concepto que ayuda a comprender la capacidad de superación de la persona frente a un trauma o sufrimiento intenso, es la neuroplasticidad cerebral, que redimensiona la posibilidad del ser humano de recomponerse de las vivencias traumáticas, rehacer su vida y crecer con ellas. Queda demostrado que el fenómeno de la plasticidad neuronal permite la recuperación de áreas y conexiones cerebrales, remodelando la memoria antigua y propiciando nuevos programas de comportamiento. Cuando frente a estímulos positivos, las vías cerebrales son accionadas, surgen nuevas conexiones y nuevas formas de lidiar con la realidad⁽⁷³⁾.

Las características neuro-plásticas del cerebro permiten el aprendizaje constante durante toda la vida de la persona. Aun en los adultos hay una reorganización permanente, y siempre nuevas conexiones pueden ser creadas y multiplicadas, elevando la posibilidad de memorizar, aprender, interrelacionar, transmutar y trascender. Las investigaciones apuntan para la necesidad de aprender cosas nuevas constantemente, para estimular nuevas áreas y conexiones neuronales y así mantener el cerebro saludable.

En la medida en que la persona esté abierta para aprender cosas nuevas e incluir nuevas referencias y paradigmas, ella estará más apta

a integrar las pérdidas y los traumas vividos, por lo tanto, la capacidad resiliente será tanto mayor, cuanto fuera la apertura para nuevos ángulos de visión.

~

Ha sido muy importante para los terapeutas la comprensión de esos mecanismos somáticos y emocionales del estrés y del trauma, como también profundizar en los mecanismos saludables de superación. En lo cotidiano de sus actividades estos profesionales van encontrándose con innumerables situaciones consecuentes de las marcas físicas o psicológicas dejadas por las vivencias traumáticas. También es importante saber que el cuerpo, aunque traumatizado, carga naturalmente mecanismos de superación y reformulación fisiológica de la homeostasis.

La discusión del tema de este capítulo nos lleva a pensar en la importancia de saber que las vivencias de sufrimientos dejan marcas, a veces indelebles, en la función neurofisiológica de los individuos, lo que compromete las emociones y el comportamiento. Con seguridad, las psicoterapias y los abordajes psicosociales tienen una función muy importante en la recuperación de la persona traumatizada, pero no podemos prescindir de las evaluaciones y de los tratamientos neuro-psiquiátricos.

Una vez más enfatizamos en la necesidad de propuestas multidisciplinarias para el tratamiento de los procesos traumáticos, en los cuales la persona pueda ser vista y cuidada integralmente, en los aspectos del cuerpo, de la mente, de las emociones y de su espiritualidad.

CAPITULO 4



COMPRESION DEL TRAUMA Y DE LA SUPERACION



La exposición a eventos traumáticos individuales o colectivos ocurre con gran frecuencia en los grupos humanos. Estudios epidemiológicos de preponderancia a lo largo de la vida, demostraron que la ocurrencia de esos eventos puede alcanzar del 50 al 90% de la población. Esos estudios evidenciaron que la forma de procesar los eventos traumáticos y sufrimientos de la vida, se presenta con amplias variaciones individuales y culturales; cada pueblo expresa los traumas vividos en formas muy particulares y desarrollan diferentes estrategias de superación y de reconstrucción del tejido social.

Según Koller⁽⁷⁴⁾, un ser en desarrollo, víctima de violencia, no vuelve a la forma original, porque la vivencia del evento traumático se suma a sus experiencias anteriores y lo vuelve diferente. Este diferencial puede permanecer y revelarse aun después de retirado el agente estresor. Si la persona fuera frágil, quedará más vulnerable; si fuera fuerte, no necesariamente insensible, y contar con factores de protección, desarrollará el proceso de resiliencia.

Los estudios demuestran que los traumas causados deliberadamente por otros, como, por ejemplo, raptos, abusos, violencia doméstica, tortura y estupro, tienen un efecto más nocivo sobre la persona, que los sufrimientos provenientes de catástrofes naturales. Otro aspecto interesante es que cuanto más cercano es el agresor, sobre todo cuando representan personas que tienen un significado de cuidado al niño – padres, profesores, parientes, cuidadores –, más nefastas serán las consecuencias de las agresiones sufridas⁽⁷⁵⁾.

Jon Allen, psicólogo y estudioso de las consecuencias generadas por traumas, condujo durante varias décadas grupos educativos con personas diagnosticadas con problemas psiquiátricos provenientes de situaciones traumáticas. Según este autor, niños que fueron testigos del asesinato de sus padres, tienen un riesgo de casi el 100% de desarrollar síntomas psíquicos. El riesgo “depende no solo de la severidad del trauma, sino también de la vulnerabilidad y resiliencia de la persona expuesta”⁽⁷⁶⁾. Allen⁽⁷⁷⁾ alerta que una experiencia traumática puede ser causa de ansiedad, depresión o del uso abusivo de sustancias químicas, pero que no todos los síntomas de esa naturaleza son necesariamente consecuencias del abuso o de otras experiencias violentas. Los cuadros clínicos psiquiátricos se originan de varios factores, inclusive de predisposiciones orgánicas a las vivencias traumáticas, más allá de las situaciones traumáticas y de impacto psicológico.

El psiquiatra y psicoanalista inglés John Bowlby desarrolló, en la década de 1950, la Teoría del Apego, a partir de investigaciones en salud mental de niños víctimas de experiencias traumáticas causadas por la separación precoz de sus padres. Neurobiológicamente, las madres protegen las crías de los depredadores; a su vez, los polluelos se sienten protegidos y seguros en la presencia de los progenitores. Instintivamente, esos polluelos buscan volver a la presencia de la madre siempre cuando son separados de ella. Entonces se da un proceso de vínculos muy estrechos entre las madres y sus crías, denominado por Bowlby de *apego*. Ese psiquiatra concluyó que el apego es recíproco entre niños y cuidadores, y tiene una función fundamental en la formación de los descendientes y personas cuidadas. Cuando ocurre algún tipo de violencia de los cuidadores hacia los niños cuidados, las consecuencias son inmensas porque afectan directamente el sentido de protección y de seguridad⁽⁷⁸⁾. Las investigaciones realizadas por Martin Teicher¹⁸ revelaron que traumas tempranos en las relaciones de apego provocan alteraciones neurobiológicas, llevando al cerebro a vías alternativas y no siempre saludables de funcionamiento⁽⁷⁹⁾. Por esta causa, la violencia de los cuidadores, vivenciada por los niños llevan a alteraciones psíquicas más graves y duraderas.

Haciendo una reflexión más depurada de los efectos del trauma, podemos afirmar que frente a un sufrimiento traumático, la persona involucrada tendrá, inexorablemente, algún tipo de reacción. Esa reacción generalmente es peculiar a cada ser humano; los trazos de personalidad,

¹⁸ Psiquiatra, neurocientífico estudioso de la neurofisiología del trauma

temperamentos y vulnerabilidades genéticas contribuyen sobremanera a esa diferenciación. Puede haber reacciones radicalmente distintas unas de las otras. La manera como los individuos procesan el evento estresor es determinante para la cristalización o no del trauma⁽⁸⁰⁾.

Frente a una violencia sufrida, las personas en general, pueden presentar dos tipos de reacciones: en la primera, la persona sufre el impacto traumático y se bloquea emocionalmente; y en la segunda, el trauma vivido se torna fuente de crecimiento y humanización. En la primera forma, la persona absorbe la agresión, vive el impacto como insoportable y se desvincula del contacto consigo mismo y con el ambiente, además de construir una coraza impermeable que le sigue por muchos años. Esa coraza puede llevarla al hiper-dimensionamiento de lo racional en detrimento del sentimiento, o quizá a situaciones de desequilibrio estructural de las emociones, como, por ejemplo, síntomas característicos del *Trastorno de Personalidad Borderline* (TPB). El individuo con coraza impermeabilizante podrá presentar algún grado de vaciamiento de las emociones, dramatismo de los hechos, trazos psicopáticos de personalidad antisocial y dificultad para hacer empatía con el dolor del otro. Cuando el trauma causa síntomas similares a los del cuadro Borderline, la persona presenta inestabilidad emocional significativa, automutilación y dificultades en las relaciones. Funciona como una desesperación psíquica inconsciente de querer en vano volver a su homeostasis psíquica, y además la constatación de la dificultad de confiar y entregarse a los sentimientos verdaderos.

En la segunda forma, la persona traumatizada también tiene reacciones, pero ese trauma puede llevarlo a una reacción muy opuesta de aquella anteriormente citada; el sufrimiento enfrentado es sentido, absorbido en las entrañas, metabolizado y finalmente transformado en experiencia positiva y crecimiento. Esa posibilidad es el caldo de cultivo para el fenómeno de la resiliencia. En estos casos, el sufrimiento vivido es fuente de saber, comprensión y sentimiento de amor. Así como la ostra herida forma su perla, la persona resiliente desarrolla habilidades y capacidades muy importantes para sí misma y para los seres humanos a su alrededor.

En ambas formas citadas, las personas fueron movilizadas, reaccionan y se transforman. En la primera forma descrita, las fuerzas defensivas bloquearon las emociones de la persona afectada, volviéndola insensible al sufrimiento del otro y de sí misma. Esas personas pueden seguir por la vida focalizadas en la sobrevivencia, en la competencia y huyendo del contacto consigo mismas. En la segunda forma presentada, la víctima incorpora el

trauma vivenciado como fuente de su personalidad resiliente; crece y se transforma en una persona mejor y más sensible al dolor del otro. Rudnicki⁽⁸¹⁾ sintetiza ese proceso afirmando que “resiliencia no significa invulnerabilidad, ni impermeabilidad al estrés; está relacionada al poder que tiene la persona para enfrentar una situación estresante y salir recuperada”.

Los estudios psicopatológicos de las enfermedades psíquicas evidencian una relación muy estrecha entre la vivencia traumática y la presencia de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos. Entre esos diagnósticos se encuentran, por ejemplo, el desarrollo de personalidades inestables o patológicas, relaciones enfermizas, automutilación, suicidios y otros cuadros psiquiátricos. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, los más frecuentes en la literatura son: los Trastornos de Estrés Pos- Traumático (TEPT), los Trastornos de Personalidad Borderline, Histriónica o Antisocial; los Trastornos por uso abusivo de alcohol y otras drogas; Trastornos Somatoformes; Trastorno del Humor; Trastornos de Ansiedad (pánico, fobias).

Vamos a describir un poco más detalladamente el Trastorno de Estrés Pos- Traumático (TEPT), ya que este ha sido estudiado enormemente en los ex-combatientes de guerra y en poblaciones víctimas de violencias o fenómenos naturales, y es descrito como consecuencia directa de los eventos traumáticos. Ese trastorno puede venir aislado o asociado a lesión cerebral traumática, cuando fuera causada por accidentes, violencia doméstica u otras violencias interpersonales o conmoción cerebral ocurrida en deportes. El cuadro clínico es caracterizado por síntomas de re-vivencia – *flashbacks*, ilusiones, alucinaciones, pesadillas –, síntomas de evitación de pensamientos o de convivencia y cuadros clínicos de hiper-excitabilidad – ataques de rabia, insomnio y excesiva vigilancia. Los pacientes presentan además disturbios de la memoria y de la atención.

La ocurrencia del TEPT varía con el tipo de trauma y con las características demográficas de la población afectada. Generalmente ocurre en personas con historias previas de ansiedad intensa, hipersensibilidad emocional, o en grupos con baja escolaridad y educación, nivel socio-económico bajo y en mujeres. Las investigaciones demuestran que los individuos expuestos anteriormente a eventos traumáticos, son más susceptibles de desenvolver el TEPT. En los Estados Unidos, la tasa de prevalencia se estima en 7 a 8% de la población general. En los traumas consecuentes a guerras, las estadísticas son mucho mayores, llegando del 27 al 30% de los veteranos⁽⁸²⁾.

Las causas del TEPT están relacionadas a la respuesta del cerebro al estrés agudo y envuelve el eje neuro-endócrino, hipotálamo-hipofisa-

rio-adrenal y los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina, más allá de involucrar estructuras cerebrales relacionadas a la memoria: hipocampo, amígdala y córtex pre-frontal. En los casos de TEPT crónico, hay una reducción del volumen cerebral de la región del hipocampo y córtex cingulado anterior, revelado por la resonancia magnética del cerebro⁽⁸³⁾. Esas informaciones demuestran la íntima relación entre los traumas psicológicos y las alteraciones de las estructuras neuro-psíquicas, lo que sugiere a los profesionales que lidian con personas traumatizadas, que evalúen al paciente víctima de trauma, bajo la óptica multi-dimensional, incluyendo los aspectos emocionales y neuro-cerebrales.

En el trauma, no es característico que los trastornos de personalidad se expresen bajo un patrón definido y, sí, bajo la forma de una compleja combinación de diferentes manifestaciones de personalidades enfermas. La depresión ha sido el cuadro sindrómico más frecuente como consecuencia al trauma. En este caso, es denominada de *depresión pos-traumática*. En la clínica psiquiátrica, muchas veces, los eventos traumáticos no son debidamente investigados y tratados, lo que retarda mucho la respuesta al tratamiento con medicamentos. Hay que considerar siempre la posibilidad de asociar medicación a las diferentes formas de abordajes psicoterapéuticos, para superación de los síntomas psíquicos relacionados a situaciones traumáticas y de sufrimientos de vida.

Diana llegó a la consulta con una historia de diez años de tratamiento psiquiátrico, con síntomas de depresión crónica y resistente a los medicamentos. Ya se había intentado de todo, su lista de opciones terapéuticas era enorme. En la anamnesis, la paciente expresó un gran desánimo y desesperanza en cuanto a la posibilidad de obtener resultados en esta nueva tentativa. Al inicio, demostró una historia de vida sin acontecimientos traumáticos, diciendo que tuvo una infancia “normal”, a pesar de no acordarse de muchos detalles. Iniciamos la utilización de un nuevo esquema terapéutico, pero, aun con dosis adecuadas, la paciente no respondía positivamente.

Después de algunas semanas de tratamiento sin respuesta, volvimos a conversar, insistiendo sobre su historia de vida en la infancia y adolescencia. En ese momento, la paciente demostró una emoción más expresiva y contó, con sentimientos de mucha vergüenza y culpa, que fue abusada por su padrastro durante algunos años de su infancia. Relató que vivió sola este sufrimiento, pues creía que no podría contarle a su madre por imaginar que ella no le iba a creer, y quizá iba hasta culparle.

También mantuvo su secreto bien guardado, porque siendo el padrastro el proveedor de la familia, temía que sus hermanos quedasen desprotegidos materialmente. Para salvar la familia de la miseria, Diana escondió el secreto de su trauma inclusive de sí misma, por eso nunca reveló esos acontecimientos a los profesionales que le asistieran hasta entonces.

Con las informaciones citadas por la paciente, insistimos para que ella hiciera una psicoterapia especializada en procesos de trauma. Con el trabajo psicoterapéutico, la paciente pudo expresar e integrar vivencialmente el sufrimiento de la infancia; y de poco en poco, fue demostrando mejoría de los síntomas depresivos. Sugerimos también que Diana hiciera un curso para trabajar con intervenciones sociales en las comunidades. Esa adquisición le proporcionó la oportunidad de trabajar con mujeres víctimas de traumas y de abuso sexual, reforzando así su capacidad de superación y de aprendizaje resiliente. Nuestra paciente percibió, en su aprendizaje terapéutico, que, en la medida en que construía su resiliencia, también emergía un deseo de trabajar en pro de ayudar otras personas a superar sus sufrimientos.

El ejemplo de Diana reafirma lo que fue dicho anteriormente: muchas veces el proceso de tratamiento de trastornos psiquiátricos requiere, más allá de la medicación, la asociación de abordajes psicosociales y psicoterapéuticos, para que se tengan mejores resultados. Entendemos, además, que el desarrollo de la conciencia personal y espiritual del proceso resiliente representa un salto importante en la superación del sufrimiento. En la situación expuesta, Diana fue más allá de su superación personal; ella se comprometió con lo que llamamos de *corriente multiplicadora de la resiliencia*, pasó a ayudar otras personas que sufrieron algo parecido, al mismo tiempo en que sanaba su herida emocional. Los medicamentos fueron mantenidos por algún tiempo más, porque su sistema neuroquímico fue presionado por muchas décadas por la repercusión del trauma vivido, lo que la llevó a desestabilizaciones y reacciones mal adaptadas. La asociación de reposición de los neurotransmisores, asociada a los abordajes terapéuticos adecuados, funciona con mayor eficiencia y podemos obtener mejora en la calidad de vida de los pacientes.

~

En las consultas psiquiátricas, son innumerables las situaciones de cuadros de inestabilidad del humor y de cuadros depresivos cuya tela de

fondo son las vivencias traumáticas. Muchas veces son historias de lo cotidiano que llevan a las personas a sufrimientos atroces. Estudios buscan cuantificar y calificar los sufrimientos vividos, creando categorías de leves a graves. Los sufrimientos considerados graves, como abandono, abuso, agresión sexual, negligencia, violencia domésticas, trabajo esclavo, ejercen un efecto deletéreo incuestionable. Existen aquellos traumas, no menos graves, causadas por situaciones cotidianas de las familias, tales como descalificaciones, desamor, vaticinios - “tu no sirves para nada en la vida”, “tu no debías haber nacido”, “yo soy infeliz por tu causa”...; padres alcohólicos - esperar un padre alcohólico con extrema ansiedad por saber que vendría siempre una escena de violencia -; hambre, falta de acceso a los bienes de las necesidades básicas; apaleamientos; etc. Esos traumas, la mayoría de las veces, pasan desapercibidos y son vistos, aun por las propias víctimas como “normales”. En algunas culturas, las golpizas a los hijos, son considerado como necesarias para el aprendizaje. Aun sabiendo racionalmente de esta creencia cultural, los adultos no dejan de sufrir por eso y reaccionar patológicamente a las agresiones sufridas.

La sociedad, como un todo, inclusive la escuela, no tiene una posición más contundente en combatir y evitar las agresiones al niño. En ese campo se percibe una falencia de las instituciones en general, de la familia, de la sociedad organizada, del Estado, en buscar nuevos paradigmas para el combate al sufrimiento humano. La miseria existencial sería atenuada con el esclarecimiento y desarrollo de estrategias para prevenir los abusos y la violencia urbana y doméstica que tanto traumatizan a las personas, evitando así la reproducción de víctimas y de abusadores, que muchas veces ya fueron víctimas de otras personas también víctimas de abusos. Las personas abusadas y traumatizadas reproducen esas acciones en sus descendientes y en la sociedad como un todo; hay que hacer intervenciones más objetivas por parte de los formadores de opinión y también de profesionales que trabajan con la formación de niños y adolescentes.

En la práctica clínica de adultos, escuchamos de los pacientes historias que describen esas situaciones, y que son traídas para el momento actual como dolores todavía no cicatrizados en su interior. Cuando integramos esos hechos a todo el contexto de vida de la persona, percibimos que ellos asumieron un papel de provocadores de grandes o pequeñas traumas que modificaron su vida. Podemos identificar en esos casos personas continuamente sufridas, con baja autoestima, inseguridades, insatisfacciones permanentes, falta de realización personal, dificultades rela-

cionales y quejas de melancolía crónica. En las evaluaciones psiquiátricas, esas personas reciben el diagnóstico de Distimia. Este trastorno se refiere a cuadros de depresión persistente, con duración mínima de dos años, acompañada de irritabilidad, mal humor y melancolía crónica. Los individuos portadores del trastorno distímico hacen un esfuerzo inmenso para trabajar y desempeñar sus tareas obligatorias, pero demuestran permanentemente baja calidad de vida, de creatividad y de entusiasmo.

Más allá de los trastornos definidos como diagnósticos psiquiátricos en las historias de las personas traumatizadas, son encontrados síntomas de auto-destrucción como por ejemplo, abuso de sustancias psicoactivas, tabaquismo, trastornos alimentarios, auto-agresión deliberada, estado suicida, trastornos de personalidad (masoquismo y personalidad *borderline*) y relaciones patológicas. Esos síntomas pueden ocurrir aisladamente o acompañar otras patologías psíquicas. Los autores observan que el riesgo de suicidio es mayor cuando está asociado a otros factores, tales como: desesperanza, predisposición a la violencia e impulsividad, con estado alcoholizado y acceso a medios letales⁽⁸⁴⁾. Allen⁽⁸⁵⁾, psicólogo especialista en traumas, esclarece que esos síntomas no representan necesariamente actitudes manipuladoras y, sí, una forma de expresar su inmenso dolor psíquico, que ocurre solamente a través de una acción autodestructiva. Las descripciones apuntan a los síntomas de auto destrucción, como forma desesperada de lidiar con la angustia insoportable que se siente en esas situaciones.

Otra vertiente patológica resultante de las vivencias traumáticas son los cuadros disociativos. Según Allen⁽⁸⁶⁾, los cuadros disociativos se superponen a los síntomas del Trastorno de Estrés Pos-Traumático en varios casos; por eso, los pacientes generalmente reciben los dos diagnósticos. Síntoma disociativo es el rompimiento de las funciones integrativas de la conciencia, memoria, identidad y percepción; la conciencia se arruina para sobrevivir. Los autores atribuyen ese estado a un mecanismo de defensa, como estrategia de no entrar en contacto con el dolor del trauma. Son ejemplos de cuadros disociativos: disociación peri-traumática, fuga, compartimentalización y amnesia.

Así como otras consecuencias del trauma, la presencia o el grado de disociación están interconectados a la intensidad del trauma, a la predisposición genética y a la vulnerabilidad de la personalidad. Como ya abordamos antes, los traumas provocados por personas cercanas tienen un efecto más deletéreo que aquellos causados por personas desconocidas o en consecuencia de fenómenos naturales.

Es importante destacar que tanto los traumas pueden llevar a los trastornos psiquiátricos como al contrario, la vivencia de enfermedades psiquiátricas o aun de patologías clínicas graves, provocan sufrimientos de tal orden que pueden funcionar como un estrés severo. Esas situaciones pueden dejar marcas emocionales en la persona y en sus familiares. Eso se debe a los estigmas y a la dificultad de adaptación a la enfermedad. El fenómeno de patoplastia, moldeado de síntomas psíquicos consecuentes al enfrentamiento de enfermedades físicas o psíquicas, necesita ser identificado y abordado, porque muchas veces, la persona desarrolla síntomas o patologías consecuentes al hecho de no aceptar o comprender su enfermedad y las limitaciones de ella provenientes.

En la práctica psiquiátrica percibimos que después de una depresión, la persona “no vuelve a su estado anterior” (citamos aquí el ejemplo de la depresión como una vivencia dolorosa y como tal puede ser fuente generadora de experiencias y aprendizajes). Generalmente escuchamos de los pacientes que se sienten diferentes después de una enfermedad psiquiátrica, y, en las mayorías de las veces, mucho mejores como persona, más comprensibles, generosas y abiertas a los cambios personales. En el inicio del tratamiento, los pacientes piden para “volver a ser lo que eran antes, queriendo tener su vida de vuelta”. Generalmente escuchamos esa demanda con cariño y, de a poco, vamos explicando con cuidado que el sufrimiento vivido a través de los síntomas depresivos eleva la autoconciencia y el crecimiento personal de los que son víctimas de ellos. Entendemos que esas personas todavía están en una transición entre el sufrimiento que la enfermedad provocó y las perspectivas de aprendizaje positivo acarreado por ella. Muchas personas procuran el sistema de salud para eliminar la crisis o para anestesiarse el dolor, sin percibir que los desafíos, los problemas y las crisis son parte de nuestra vida. Reprimir la crisis simplemente es bloquear la posibilidad de crecimiento, es huir de la vida. Hay que transformar la crisis en oportunidad, rodeando la herida con capas de aprendizajes, como el ejemplo de las ostras que fabrican sus perlas.

Niños que pasaron por enfermedades graves con riesgo de muerte o compromiso severo de la funcionalidad pueden cargar la marca de la sobreprotección por el resto de la vida. La familia que recibe un diagnóstico de esta naturaleza para un hijo en tierna edad vive un impacto emocional que puede arrastrarlo para siempre. Cristina, una paciente de 45 años, fue diagnosticada con diabetes tipo 1 a los seis años de edad. Hoy ella

vive en dependencia emocional y financiera de sus padres, a pesar de ser una joven inteligente, preparada intelectualmente y con mucho deseo de tener una vida personal. No consigue vivir en la ciudad que escogió, ya que sus padres y sus hermanas trabajan en otro estado e inviabilizan sus decisiones de vida.

Hace algunos años, esta paciente está desarrollando un estado de melancolía, miedos, sensaciones persecutorias, inseguridades, tristeza, llantos sin motivo y ganas de morir. Cristina vive esa melancolía solitariamente y se siente incomprendida por los familiares cuando reivindica volver al lugar donde le gusta vivir. La familia y también la paciente viven una situación crónica de miedo e inseguridad, pues “parece que en cualquier momento tendrá una crisis de hipoglicemia y morirá”. Todos a su alrededor viven sobresaltados, la enfermedad ocupó un espacio inmenso en la vida de esa familia, lo que ahora pasó a ser insostenible para todos. Cristina demuestra no aceptar más la situación, a través de los síntomas de desesperación emocional, rebeldía y melancolía; y la familia restringe cada vez más el espacio de actuación de la hija, al mismo tiempo en que todos se sacrifican en su vida personal, intentando conciliar las opciones de la paciente. Se instaló un círculo vicioso, “donde todos viven infelices, no realizados y bajo la égida del miedo”.

Al abordar la situación, percibimos que la “sentencia de muerte” recibida a los seis años de edad ha sido decisiva en el destino de Cristina. Ella consiguió enfrentar adecuadamente las limitaciones y los síntomas físicos de la diabetes, su salud clínica está bien equilibrada, pero su vida emocional y existencial está extremadamente enferma. La enfermedad original fue bien conducida y está bajo control, pero el malestar secundario (patoplastia¹⁹) arrebató su vida, como si el diagnóstico dado hace 39 años, le hubiera proporcionado una muerte en vida. El moldeado patológico de la enfermedad original tomó cuenta del contexto familiar, algunos tienen reacciones de indiferencia, otros de agresividad hacia la paciente, y otros de sobreprotección limitadora. Cualquier actitud tomada por nuestra paciente viene siempre acompañada con consecuencias psíquicas de su enfermedad que ya está impregnada en los miembros de la familia. Éstos no aceptan tratamiento psicológico para aprender a lidiar con la situación, pues señalan a Cristina como la única enferma, generando acusaciones

19 Estados patológicos surgidos a partir de sufrimientos vivenciados por alguna patología física o mental. Muchas veces la enfermedad secundaria formada es más destructiva que la misma patología original.

recíprocas en la convivencia familiar. Todos se volvieron víctimas y verdugos de sus propios sufrimientos.

La situación de Cristina es muy representativa para entender que muchas veces las consecuencias psíquicas de las enfermedades en los pacientes y en los familiares pueden ser más incapacitantes que la enfermedad propiamente dicha. Aunque no se trata de una enfermedad biológicamente contagiosa, ella se propaga en el contexto familiar, asumiendo a veces proporciones insostenibles. Por este motivo, se vuelve fundamental que los diversos especialistas del área médica, que lidian con enfermedades crónicas en varias modalidades, puedan estar atentos a los aspectos psíquicos vividos por los pacientes y también por las personas de su convivencia.

~

Los profesionales que lidian con traumas, catástrofes, pérdidas y sufrimientos intensos, necesitan estar conscientes de la tarea de estimular la resiliencia y preparar a las víctimas para aprendizajes y transformaciones personales. ¿Cuáles son las características intrínsecas de esos profesionales para que ejerzan tal papel? En Capítulo 5 vamos a detallar el perfil de personas que trabajan con la potencialización de la resiliencia; muchas de ellas acogen a personas y comunidades víctimas de violencia, calamidades, sufrimientos agudos o crónicos. Necesitamos estar atentos para construir la formación de profesionales de las áreas de salud, educación, seguridad pública, entre otros, con la conciencia de que ellos ayudarán en la construcción de la resiliencia de las personas que ellos acogen. Esos profesionales son el cimiento que estimula y agrega las percepciones positivas vivenciadas.

Como los cuidadores también pueden ser víctimas de historias de vida traumatizantes, se vuelve necesario cuidar también de quien cuida, para que estos reconozcan sus perlas a partir de la comprensión de las heridas vivenciadas. La conciencia de nuestro proceso de sufrimiento y de superación nos vuelve profesionales más acogedores, sin necesariamente cargar en nuestros hombros el sufrimiento del otro, apenas siendo un catalizador del proceso resiliente que cada uno puede desarrollar.

La realización del proyecto de cuidar de los profesionales de salud de una Regional de Salud del Distrito Federal, durante dos años, confirmó la propuesta de que cuando cuidamos del ser que cuida, ese tendrá mucho

más capacidad de atender las personas y, además, vivir sus tareas de trabajo con mucho más alegría y entusiasmo y, consecuentemente, enfermar menos.

Rudnicki⁽⁸⁷⁾, a partir de su experiencia en psicología hospitalaria, afirma que las personas resilientes conciben y enfrentan la vida de una forma más optimista, entusiasta; son personas interesadas, abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emociones positivas. Hacen frente a las experiencias traumáticas utilizando el buen humor, la creatividad y pensamientos optimistas. Los estudios de Friedckson e Cols⁽⁸⁸⁾, en víctimas del ataque del 11 de septiembre al World Trade Center, confirman esa perspectiva, demostrando que las emociones positivas, como gratitud, interés y amor, promueven experiencias subjetivas de placer que reducen el foco en las emociones negativas y son ingredientes fundamentales para la formación de resiliencia.

~

Las experiencias de la niñez y juventud y, en menor intensidad de la vida adulta, interfieren directamente en la formación de la personalidad del ser humano. Al comienzo de este capítulo, hablamos de la relación de los traumas en la formación de enfermedades y dificultades psíquicas. A continuación presentamos otro ejemplo de ese tema, al relatar la historia de Clarinda. Nuestra protagonista viene al consultorio psiquiátrico trayendo, entre otras quejas, la necesidad de querer agradar a todos, ofrecer ayuda sin ser solicitada. Ella sufre, pues siempre espera de alguna forma el agradecimiento de las personas a las que ayuda. En su historia, Clarinda revela que muy recientemente supo que era hija adoptiva. Su padre la dio para una familia cuando su madre todavía la cargaba en el vientre. Su familia biológica era muy pobre y ella era la 12ª gestación de su progenitora. Su madre y Clarinda convivieron tres meses juntas y después del 3º mes de lactancia su padre decidió partir con su madre, dejándola con la nueva familia, sus padres adoptivos.

La pregunta que repercutió en el aire cuando la paciente relató su historia fue: ¿De qué modo ese trauma de separación precoz contribuyó a la constitución de la personalidad de Clarinda? Hoy, con 56 años de edad, adulta, mujer madura, exitosa, casada, madre de tres hijos, Clarinda habla claramente del miedo de ser abandonada, del miedo a no ser acogida, de no ser amada, y por eso su necesidad de agradar y conquistar a las personas con su amabilidad. Probablemente, ese miedo le ha acompañado

toda vida, pero como persona en proceso de resiliencia, su personalidad se estructuró positivamente.

La situación de Clarinda hace un interface con la Teoría de Apego de Bowlby. Nuestra protagonista sufrió un trauma de separación precoz de sus padres, que representaban su figura fundamental de apego. La separación entre ella y los padres, sentida como un abandono, provocó probablemente una interferencia en el molde de la personalidad de Clarinda, llevándola a *agradar las personas para no ser abandonada*. Percibimos claramente su capacidad resiliente, por ser una mujer positiva, amorosa, dotada de excelentes relaciones familiares y personales. Su proceso resiliente está ocurriendo razonablemente. Algunos rasgos en su personalidad, permanecen identificados con el trauma de la separación precoz de los padres, lo que le hace sufrir hasta hoy, de querer ayudar aun sin ser solicitada; ofrece ayuda de forma casi compulsiva, y como las personas no demuestran gratitud, ya que no solicitaron auxilio, se siente frustrada y triste con la falta del “agradecimiento” de aquellos a quienes ayuda.

Ha sido muy frecuente que personas en pleno proceso de resiliencia demostrando rasgos de personalidad ligados a los hechos traumáticos vividos. Esas personas consiguieron integrar muchas vivencias traumáticas, aunque perduraron señales en su forma de ser, que denotan un proceso de cicatrización todavía en proceso. Nuestra protagonista Clarinda es un ejemplo de eso. En el capítulo 5 vamos a detallar más sobre la personalidad resiliente y reflexionar más sobre los diversos matices que constituyen el proceso resiliente. En la vida práctica, se percibe que la resiliencia ocurre en partes, no es un proceso monolítico: las personas desarrollan primero algunos aspectos y después van completando los demás. Como un caleidoscopio, cada uno de nosotros avanza en diferentes velocidades y aspectos. Aun entre hermanos, los hechos repercuten de forma diferente, cada uno desarrolla una forma de superar lo que fue un trauma común y compartido en la misma familia.

En este capítulo, hicimos una breve reflexión sobre las consecuencias del sufrir y la capacidad de superación. Lógicamente que toda la reflexión de esta obra versa sobre este tema, aunque podemos detallar los efectos de las vivencias traumáticas y algunos aspectos que surgen como consecuencia en la personalidad, en el comportamiento y aun en el desarrollo de enfermedades psiquiátricas.

Comprendemos que todo ser humano enfrenta, de alguna forma, situaciones de estrés o aun de traumas, pero podemos afirmar con segu-

ridad que cada individuo responde con la particularidad que le es propia, tomando en cuenta los factores de vulnerabilidad que lleva en su constitución, asociados a los factores extrínsecos vividos. Se consideran aún, los factores protectores que ayudan en las defensas y posibilidades de superación.

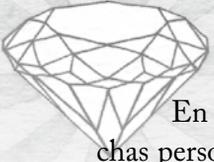
La construcción de resiliencia de cada individuo se hace como un rompecabezas dinámico, en el cual cada pieza se va ajustando y pidiendo nuevas piezas para armonizar el contexto. Comprendemos que algunas características resilientes avanzan, se completan y otras van esperando otros aprendizajes para amalgamarse en el contexto mayor de la personalidad. Las crisis, cuando bien aprovechadas, funcionan como saltos en el proceso de superación y aprendizaje, pero para que esto ocurra, es imprescindible que estemos conscientes de lo que ya aprendimos y de cuanto necesitamos caminar.

CAPITULO 5



PERSONALIDAD RESILIENTE

Un modo vivo de ser



En la vida personal y en la actividad terapéutica encontramos muchas personas con características y expresiones resilientes. Esas personas nos proporcionan muchos aprendizajes y generalmente son motivo de admiración y modelo para otras personas. Los estudios denominan estas personas positivas con *buena energía*, optimistas y constructivas, de *personalidad resiliente*. Vamos a abordar en este capítulo, los aspectos que predominan en el comportamiento de la persona con personalidad resiliente y lo que la distingue de las demás.

Según Barreto⁽⁸⁹⁾, la persona resiliente valoriza mucho los vínculos de apoyo y estímulo, lo que le permite alimentar su autoconfianza y autoestima. Estudios indican que la construcción de la resiliencia y los factores de ajuste positivo provenientes de los eventos estresores son mediados por las experiencias de emociones positivas, tales como solidaridad, gratitud, interés y amor⁽⁹⁰⁾. Según Servan-Schreiber⁽⁹¹⁾, los mamíferos, sobretudo el ser humano, tiene una necesidad biológica de amor y cariño, tanto como de alimento y protección. Todos los individuos necesitan del *alimento emocional*, llevando al aumento de las defensas contra las enfermedades, buen desarrollo corporal, neurológico y de las capacidades cognitivas y creativas del infante⁽⁹²⁾. Los niños criados en ambientes de respeto y cariño son fuentes de resiliencia para sí y para su familia.

Entre todos los mamíferos, el crío humano es el más frágil; presenta pocas condiciones de sobrevivencia y depende totalmente de los cuidados de la madre, de la familia y del grupo. Aunque estuviera cercado de

agresiones de toda naturaleza y hubiera recibido poco cuidado, el infante puede sobrevivir gracias a los esquemas de defensa y resistencia promovidos por la resiliencia personal⁽⁹³⁾. El alimento emocional – cariño, afecto, amor, calificación – funciona como fermento de la resiliencia y posibilita ir más allá de la sobrevivencia, desarrollar personas interesadas en el crecimiento y en la calidad de vida de otras personas. Las personas criadas en ambientes de cariño y afecto, pero asociadas al establecimiento de límites, se desarrollan de forma plena y sensible a las necesidades del otro. En un proceso educativo hay que comprometerse al soporte amoroso, al establecimiento de límites y del respeto a la necesidad del otro.

Personalidad: un concepto

Vamos a hablar sobre el concepto de personalidad para entender con más claridad la *personalidad resiliente*. En general, *personalidad* se refiere a un conjunto de características que demuestran la forma como la persona se expresa al mundo. Son innumerables los ángulos y definiciones del entendimiento de la personalidad humana. D'Andrea⁽⁹⁴⁾ describe personalidad como “la resultante psicofísica de la interacción de la herencia con el medio, manifestada a través del comportamiento, cuyas características son particulares a cada persona”. Según ese autor, cada individuo tiene su historia personal, y esta es la unidad básica a ser considerada en el estudio de la personalidad. La personalidad es la resultante integral del conjunto de atributos diferenciales: constitución, temperamento, inteligencia y carácter.

El *temperamento*, aditamento fundamental de la personalidad, representa la constitución heredada y la forma de reacción al medio ambiente, implicadas en las características físicas y emocionales y en la forma como las personas responden a las demandas del ambiente. En las características del temperamento, el sistema nervioso neurovegetativo – simpático y parasimpático – asume una función importante en la integración de lo físico con el emocional. Esto porque ese sistema modula las características de reacción orgánica a las situaciones del medio ambiente, calor, frío, cansancio, hambre, sed, equilibrio, disposición física y emocional. Dependiendo de la vulnerabilidad y de la capacidad orgánica, la persona se prepara para enfrentar o no a los desafíos del medio ambiente.

El *carácter* es un conjunto de valores o formas comportamentales determinadas por la influencia social y cultural. La formación del carácter

resulta de la influencia de la familia, en la construcción de valores éticos, en la visión del mundo y en la capacidad de reaccionar al contexto psíquico y social. Dependiendo de la formación recibida en la niñez, el futuro adulto tendrá más condiciones o no para enfrentar la realidad de forma constructiva, solidaria, o entonces, al contrario, tendrá una visión egoísta de la vida. Por eso, es fundamental que las familias, los grupos sociales y las escuelas puedan estar atentos para transmitir valores positivos a los niños porque así se construirá una sociedad más justa y más solidaria.

Resumiendo, se puede entender el temperamento como la manera de ser de la persona, desde su nacimiento, sus características biológicas y reacciones psicósomáticas; por otro lado, el carácter es moldeado en la educación y en la convivencia con el mundo. En conjunto, la personalidad es entendida por las personas en general como la manera de ser de cada uno, pudiendo hablarse de personalidad expansiva, sociable, cerrada, introspectiva, reservada, entre otras.

En el desarrollo del infante, todos esos aspectos pasan a tener una importancia muy grande en la forma como él estructura su personalidad, lo que heredó, su reacción al medio y como absorbe los valores socioculturales. Las vivencias traumáticas registradas en su historia de vida pasan a ser componentes cautivos en la forma de estructurar su personalidad. A su vez, su constitución física y psíquica, asociada a lo que él absorbió del ambiente, es decisiva en la forma de como procesa sus vivencias y como es su reacción a los traumas. Es muy pertinente incluir en esta reflexión, la posibilidad que la persona tiene de transformarse a lo largo de la vida. Aunque con características fisiológicas heredadas, la persona, cuando se dispone para el cambio, consigue moldearse en una perspectiva diferente. Buscamos entender cómo se forma la resiliencia, porque es ella que funciona como el estímulo transformador en el aprendizaje positivo y también en el cambio de visión del mundo. En la convivencia con las personas y con la comunidad necesitamos infinitos ejemplos de personas que se transformaron positivamente a partir de experiencias de vida, sufridas y dolorosas.

Personalidad resiliente: una caminada

¿Qué caracteriza a una personalidad resiliente? Los autores son unánimes en decir que el buen humor, la persistencia y la capacidad de asumir responsabilidades son características frecuentes en las personas

resilientes. Varios estudios muestran características encontradas con cierta frecuencia, en las personas que aprendieron con la experiencia y se volvieron multiplicadores de los aprendizajes positivos. Según Antunes⁽⁹⁵⁾, la persona resiliente es ágil, acoge la diversidad, consigue contextualizar el conocimiento, tiene visión sistémica, viabiliza la solidaridad y se reajusta con rapidez a las situaciones de perturbaciones, choques o frustraciones.

De acuerdo con Flach⁽⁹⁶⁾, algunos atributos son frecuentes en las personalidades resilientes:

- un fuerte y flexible sentido de autoestima;
- independencia de pensamiento y acción, sin miedo de depender de los otros o renuencia a quedar en esa condición de dependencia;
- habilidad para dar y recibir en las interrelaciones y poseer un buen círculo de amigos personales, lo que incluye uno o más amigos confidentes;
- alto grado de disciplina personal y un sentido de responsabilidad;
- reconocimiento y desarrollo de sus propios talentos;
- mente abierta y receptiva a nuevas ideas;
- disposición para soñar;
- gran variedad de intereses;
- fino sentido de humor;
- percepción de sus propios sentimientos y de los otros y capacidad de comunicar esos sentimientos de manera adecuada;
- gran tolerancia al sufrimiento; y
- concentración, compromiso con la vida, contexto filosófico en el cual las experiencias personales pueden ser interpretadas con significado y esperanza, aun en los momentos más desalentadores de la vida.

En general, las personas claramente resilientes tienen un deseo irresistible de multiplicar su aprendizaje. Una vez que esa conciencia predomina, ese compromiso para con el otro se vuelve mayor que la propia vida. Muchas veces, los resilientes dejan de lado sus necesidades personales o familiares para dedicar su tiempo y su vida a una causa humanitaria. Por su fuerza y, a veces, cierta inmadurez en la administración del impulso de generosidad, pueden llegar a la característica de *salvadores de la humanidad*. O entonces, la forma de dedicación puede ser discreta, realizando

un trabajo silencioso en la construcción del medio en que viven, elevando la comprensión del grupo de su responsabilidad y conciencia frente a las cuestiones colectivas.

Esa fuerza de acción humanitaria, en la mayoría de las veces, es incomprendida por las personas a su alrededor. Muchos de esos multiplicadores resilientes optan por quedarse solos afectivamente, su caminata es solitaria, a pesar de estar siempre cercados por personas. No se trata de una opción racional propiamente dicha, y sí, una estrategia de focalización de su atención en el objetivo propuesto. Además, aun solas, estas personas son alegres, desprendidas y llenas de vitalidad porque su nutrición reside en las propias acciones solidarias y de generosidad.

~

Miguel es un paciente de 52 años; llegó a la consulta psiquiátrica con intensas quejas de dolor, angustia y tristeza, causadas por la reciente separación de su mujer. Se presentó enflaquecido, ropas desalineadas, ansiedad al hablar, queriendo explicar todo al mismo tiempo. Contó que nació y creció en una familia muy pobre, hijo mayor de una prole de siete hermanos; su madre, empleada doméstica, no escatimaba esfuerzos para proveer de alguna forma lo básico a la familia, pero aun así, faltaba alimento y muchas otras cosas.

Miguel, desde muy temprano, percibió la carencia de la familia y, a los seis años ya hacía pequeños trabajos ocasionales para ganar algún dinero. Creció siempre esforzándose en los estudios y trabajando para ayudar a su madre en el soporte de los hermanos. No se permitía jugar como los demás niños. Su padre estaba ausente y solo aparecía en casa esporádicamente y esas raras visitas eran vistas como un oasis alimentario para la familia, “solo comíamos carne en esas ocasiones”, cuenta el paciente.

Hoy, Miguel es médico, posee grandes habilidades quirúrgicas, tiene una capacidad simpatía para transmitir lo que sabe, es dedicado y muestra como objetivo de vida ayudar a las personas que enfrentan sufrimientos ocasionados por enfermedades. Enfatiza en repetir en nuestras consultas que “solo descansará cuando consiga ayudar a todos los que necesitan”. En su afán de ayudar, Miguel no consigue tener control sobre sus finanzas, tiene muchas deudas y vive en una pésima estructura de vivienda, a pesar de ser considerado un excelente profesional y recibir un retorno financiero significativo. No tiene cuidado consigo mismo, no tie-

ne una rutina para alimentarse, dormir o aun descansar. El término de su relación se dio exactamente porque “no tenía qué ofrecer a su compañera, ni tiempo, ni atención, ni estructura material”.

La crisis ahora vivida fue la tabla de salvación del paciente; a partir de ella fue evidenciada la situación de miseria en que se encontraba. Como toda crisis, esta funcionó como una gran oportunidad de rever su vida y comprender porque se dejó llegar a ese caos. En las evaluaciones psiquiátrica y psicológica quedó claro que la ansiedad de ayudar, se asentaba en una estructura frágil, tanto emocional como material. Las variaciones del humor, el repudio a sí mismo y una necesidad inconmensurable de “salvar” personas, descompensaban sobremanera a Miguel y lo dejaba siempre a merced de fuerzas contradictorias: ansiedad, fragilidad, baja autoestima y, al mismo tiempo, omnipotencia y el sentimiento de *salvador de la patria*.

En razón de la historia de los síntomas clínicos y de las dificultades personales, Miguel fue encaminado para someterse a una psicoterapia, además del tratamiento farmacológico. A lo largo del proceso terapéutico, este paciente ha percibido la importancia de estructurar su base emocional y material, porque comprendió que “solo ayudamos cuando tenemos una base en la cual nutrirnos y reabastecer las fuerzas”. Reconoce que su proceso resiliente está incompleto: por un lado, presenta las características típicas de resiliencia, aprendió con el sufrimiento, superó las adversidades y tiene un deseo enorme de transmitir todo lo que aprendió y recibió de la vida; por otro lado, no se incluye como beneficiario de esa generosidad. Le falta ser generoso consigo mismo; ser justo con el dar y recibir de la vida. Ese déficit contra sí mismo lo lleva al sentimiento de rabia, descontrol emocional e inestabilidad del humor. Se percibe en su comportamiento muchas actitudes de aprendizaje y superación, pero también un lado frágil e inseguro, es como que no se empodera de sus propias conquistas.

Desde su compromiso con la terapia, Miguel rápidamente procesó su aprendizaje emocional, cambiando su perspectiva en la relación con el prójimo, en el establecimiento de límites y en su búsqueda de auto-valorización. Hoy llega al consultorio bien vestido, volvió a su peso normal y está viviendo en una casa más organizada. Tomó conciencia de que el cuidado consigo mismo es la base para desarrollar su resiliencia de manera saludable y nutritiva.

La situación de Miguel nos remite a muchas reflexiones: primero, el sufrimiento vivido en la infancia acciona mecanismos potentes de vida

y también de muerte, de construcción y también de destrucción; segundo, la percepción de la importancia de cuidar con dedicación equilibrada y ecuánime de sí mismo y del otro; tercero, el deseo de reparar el sufrimiento del otro puede estar directamente ligado a la necesidad de satisfacer algo que todavía no está lleno o cicatrizado dentro de sí; cuarto, el acto natural de dar o de cuidar es gratificado por la satisfacción de hacerlo, independientemente del reconocimiento del mundo externo; y quinto, el altruismo auténtico proviene de personas realizadas y conscientes de su papel, que no necesitan esperar del otro para llenar su vacío existencial.

Percibimos que el desarrollo de la personalidad resiliente puede darse de manera segmentada, siendo que la persona crece bien en algunos aspectos, dejando otros muy incipientes. Podemos encontrar personas que superaron situaciones personales, pero que no permitieron realizarse en cuestiones profesionales; otras son excelentes en lo que hacen profesionalmente, pero continúan con dificultades emocionales profundas. Así camina el proceso resiliente... poco a poco, de modo heterogéneo, desigual y particular en cada persona.

Como ejemplo de resiliencia, nos acordamos también de Nelson Mandela, que después de 27 años de prisión, fue presidente de África del Sur, entre 1994 y 1999. Liderando ese país, implantó una democracia multirracial, *anti-apartheid*²⁰, dando prioridad al combate a la pobreza y a la desigualdad social. Este estadista humanitario se ha caracterizado por su capacidad de reconciliación, perdón y respeto al prójimo, sin importar color, credo, ideología o posición social. Aun en situaciones difíciles, propuso a sus seguidores recomenzar una nueva etapa en su país, basada en el ejemplo de convivencia pacífica y respetuosa. En esos momentos, ese visionario dijo: “Sueño con el día en que todas las personas se levantarán y comprenderán que fueron hechas para vivir como hermanos.” En sus exposiciones, Mandela habla del aprendizaje que le proporcionó la vida en la prisión. Aprendió con el sufrimiento y con la humillación vivida en la cárcel a ser una persona firme pero afectiva; enérgica pero justa; incansable en la lucha, pero comprensible con el prójimo. Es interesante recordar a partir de este ejemplo de Mandela, que la resiliencia puede ser dinamizada en todas las edades y ocasiones. En verdad podemos afirmar que siempre es posible aprender con la experiencia, y volverse mejores personas.

20 **Apartheid** fue un régimen de segregación racial adoptado en 1948 hasta 1994 por los sucesivos gobiernos del Partido Nacional de África del Sur, en el cual los derechos de la gran mayoría de los habitantes fueron cercenados por el gobierno formado por la minoría blanca.

Esta afirmación nos remite al inicio del capítulo cuando decimos que siempre será posible transformarnos, aunque creamos que no tenemos más edad para cambiar, o que las condiciones externas que no nos ayudan. El secreto de toda esa caminata en dirección a la resiliencia, es creer en sí mismo, como un viajero del cosmos y depositario de la fuerza creadora de la vida.

“Podemos amar porque fuimos muy amados o podemos amar porque no fuimos amados”⁽⁹⁷⁾. Con esa frase, Adalberto Barreto, creador de la Terapia Comunitaria Integrativa, resume el precepto que más que la calidad de la vivencia externa, la estructura emocional de la persona es decisiva en la forma como ella vive sus experiencias. Son numerosos los ejemplos de historias de personas que se transformaron en cuidadores después de una niñez sufrida. En los grupos de formación de Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), cuando trabajamos terapéuticamente la historia de vida de los estudiantes, percibimos claramente que la habilidad transmitida hoy por esas personas, está directamente relacionada con las heridas vividas. El trabajo de *la perla y la herida*, realizado con los terapeutas comunitarios en formación, es fundamental para que se dispongan fluidamente al cuidado con el otro. Las acciones actuales permeadas por la capacidad y alegría, tienen que ver con el aprendizaje resiliente que emergió de las vivencias personales, muchas veces dolorosas.

En una conversación, muy fructífera, con el monje Marcelo Barros²¹ sobre resiliencia, escuchamos de él una reflexión interesante: habló de la dificultad que una persona egocéntrica tendría para ser tocada por el aprendizaje resiliente. Esa persona centrada en sí misma, no conseguirá ver más allá de sus necesidades, entendiendo su sufrimiento como el más atroz de todos. Por otro lado, afirma Barros, las personas abiertas y con una visión más extensa de sí y de la vida, como, por ejemplo, etnocéntricas, mundo-céntricas o mismo cosmocéntricas, estarían más sensibles para comprender al otro y la humanidad, como un ser único y armónico en su propia naturaleza. La conciencia del ser cósmico rebasa todas las fronteras, inclusive la del egoísmo existencial. En la convivencia, las personas que expandieron su conciencia para un contacto planetario o aun cósmico, identifican a sus compañeros de caminata, para esas identifi-

21 Marcelo Barros de Sousa, pernambucano, monje benedictino, escritor y teólogo. Trabajó como secretario y asesor de Don Helder Câmara para asuntos ecuménicos y posee 44 libros publicados, entre los cuales *Conversando con Mateo*, *El espíritu viene por las aguas*, *La secreta magia del camino*, *Teología latino-americana pluralista de la liberación*, *Teología pluralista libertadora intercontinental*, *Don Helder Câmara: profeta para nuestros días*.

caciones crean una red llamada por algunos pensadores de *conspiración acuariana*⁽⁹⁸⁾. Entonces, cuanto más expandida estuviera la conciencia, mayor posibilidad tiene la persona de auto-cuidarse, pues estará cuidándose, al cuidar del otro o del planeta, estará alimentando una red donde todos se alimentan y de la cual todos se benefician.

Otra característica importante de las personas resilientes es la disponibilidad de aprender, rehacer su camino emocional y construir vínculos terapéuticos profundos. En el *setting* terapéutico, la persona resiliente mira al terapeuta como un amigo de caminata y no como un salvador; reconoce que la superación está dentro de sí misma. Queda manifiesto que en esa relación, los resilientes se disponen al contacto profundo, ya que hay un deseo y un querer verdaderamente un cambio y consecuentemente una “cura”. Cada palabra y concepto aprendidos son potencializados y desdoblados en varios cambios y enseñanzas a terceros.

Carmelo⁽⁹⁹⁾ relata a partir de evaluaciones a personas en empresas, que los resilientes son personas positivas, enfocadas, flexibles, organizadas y proactivas. Ese autor cita los principales atributos de esas personas:

- Son protagonistas de las actividades que participan;
- son creativos, buscando siempre innovar;
- gustan y aceptan cambios;
- demuestran autoestima saludable y auto-eficacia en aquello que desarrollan;
- presentan buen sentido del humor, sin burla o desprecio;
- son emocionalmente inteligentes.

En algunos aspectos, los individuos resilientes son paradójicos. Pueden demostrar características contradictorias, como ser organizados o desordenados, decididos o contemplativos, proactivos o impacientes. Generalmente son personas muy creativas y sus soluciones son diferentes de lo convencional. Son flexibles, y su mayor compromiso es con sus propósitos y no con la necesidad de agradar a los demás. Otro rasgo sobresaliente es el optimismo: creen siempre en la mejor posibilidad; invierten en sus proyectos con esperanza y garra. Muchas veces son líderes y aglutinadores de personas y grupos. Esta característica de liderazgo se destaca y los hacen carismáticos y confiables.

En la práctica de la TCI, los terapeutas se encuentran con innumerables personas resilientes. Son referentes o líderes comunitarios que

aglutinan grupos en la búsqueda de soluciones para los problemas enfrentados. Utilizan caminos religiosos, técnicos, políticos o aun afectivos para transmitir su aprendizaje resiliente. Lo que tienen en común es la capacidad de tocar el corazón de aquellos que los procuran, sirviendo de fuente de transformación; su apertura al constante aprendizaje se transforma en estímulo a la transformación de los demás. Por esa razón, el compartir de experiencias en las Ruedas de TCI se torna tan precioso: porque activa los mecanismos de superación de aquél que habla y también de aquéllos que escuchan.

Finalmente, la sociedad está formada por personas de múltiples naturalezas, culturas y habilidades. Percibimos que los formadores de opinión; profesionales que lidian directamente con niños y jóvenes en áreas sociales, de la salud, educación, artes, entre otras, tienen una responsabilidad muy grande para que nuestra población desarrolle los aspectos positivos de la vida, resaltando la capacidad resiliente de cada persona y ésta, a su vez, se transforme en agente multiplicador de la generosidad humana. Todos los que ya se han concientizado de la importancia del papel de los formadores de opinión, deberían promover y defender mecanismos que amplíen la capacidad de hacerlo con mayor desprendimiento y asertividad, sabiendo que esta acción es crucial para un mejor y más generoso planeta. Las personas resilientes son pilares de la evolución de los grupos, pues su autotransformación puede ser referencia para el proceso de crecimiento de los demás.

Recordamos, en esta finalización, de la frase de Martin Luther King: “Lo que me preocupa no es el grito de los malos. Es el silencio de los buenos.”

CAPITULO 6



CUANDO LA ENFERMEDAD SE VUELVE FUENTE DE TRANSFORMACION



La concepción sistémica del universo, como un sistema vivo, nos permite comprender los síntomas como formas físicas, materiales, y expresión de los conflictos o desequilibrios y que, a través de una lenguaje simbólico, nos informan donde se sitúan nuestros problemas. Cuando hacemos la debida decodificación de ese mensaje inconsciente, percibimos con claridad que el síntoma actúa como una mensaje simbólico que se somatizó en el cuerpo físico.

Adalberto Barreto

La enfermedad es una oportunidad de aprendizaje y crecimiento. El sufrimiento que ella provoca, es materia prima para la renovación de la vida; la enfermedad genera salud cuando despierta la conciencia del poder interno y de la superación. Considerada por Dahlke⁽¹⁰⁰⁾ como ritual inconsciente sumergido en la sombra, la enfermedad puede ser vista como la oportunidad de traer a la conciencia los deseos, la necesidad de transformación y la naturaleza de cada uno. Puede ser considerada la senda del surgimiento de la luz.

En este capítulo, haremos una reflexión sobre la resiliencia como mecanismo de re-significación de la enfermedad. Esta reflexión puede ser vista como un ingrediente más, para entender mejor la relación salud-enfermedad y se hacer una relectura del modelo médico occidental moderno. Este modelo ha sido una extensión de la referencia cartesiana, en el bias de

causa-efecto, que comprende la enfermedad como *un mal en sí misma*. Al contrario, en este texto proponemos una reflexión sobre las enfermedades, que integra las pérdidas provocadas por los síntomas – dolor, sufrimiento, limitación, disfunción, parálisis – como oportunidad de crecimiento, reflexión, aprendizaje, concientización, espiritualización y humanización.

Muy frecuentemente, cuando una enfermedad se adentra en la vida de una persona, la primera actitud es intentar eliminarla y/o reprimirla a cualquier costo. Los profesionales de la salud, en su mayoría, están preparados para superar el dolor e interrumpir el sufrimiento, pero también se colocan, de forma contundente, en una actitud de erradicar los síntomas de la enfermedad a cualquier precio. Con seguridad, esta es nuestra función como profesionales de salud, pero también es nuestra función traer a tono la comprensión y el aprendizaje que la enfermedad plantea.

En la práctica de la salud, en la medicina científica contemporánea, predomina el conocimiento de los aspectos biológicos, sus causas y sus correlaciones con factores externos, perdiéndose muchas veces la gran oportunidad de evaluar el proceso desde una perspectiva de mayor alcance, que incluya los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, y también la búsqueda del autoconocimiento y de la evolución personal. Por lo tanto, podemos afirmar que el modelo biomédico, en la práctica, ha demostrado algunas limitaciones en el sentido de curar una serie de enfermedades y de evitar otras.

La concepción del médico o terapeuta sobre la naturaleza humana, influencia profundamente la capacidad de comprensión de la enfermedad, del enfermo y en su forma de acogerlo⁽¹⁰¹⁾. Por otro lado, la comprensión del paciente sobre la vida y su postura frente a la humanidad, interfiere directamente en la superación de las enfermedades, limita o amplía sus posibilidades. Por ejemplo, una persona que ya presentó una depresión tendrá mayores condiciones de comprender exactamente cuando otra persona se queja de angustia, falta de ánimo, de perspectiva, y de ganas de morir. Quién nunca pasó por ese sufrimiento, ¿podrá decir que es *falta de fe* o *falta de fuerza de voluntad*, aun cuando está intentando ayudar a su amigo o familiar? Quién ya paso, siente empatía con el sufrimiento del otro y tiene más condiciones de acogerlo y ayudarlo. Esa empatía surge de la experiencia personal, pues al buscar ayudar al otro, estará ayudándose a sí mismo, estará cuidando de su herida y expandiendo su aprendizaje.

No podemos, de ninguna manera, despreciar el conocimiento acumulado por las ciencias biológicas y de la salud, sobretudo en la supe-

ración de enfermedades infecciosas, traumáticas y funcionales que, en los últimos dos siglos, resultó en un avance de la calidad de vida, en la reducción de la mortalidad infantil y en el aumento substancial de la expectativa de vida de las poblaciones. En esta reflexión, resaltaremos, como forma de avanzar en la discusión sobre el binomio salud-enfermedad, el contingente de personas que sufren de problemas crónicos degenerativos, vulnerabilidades inmunológicas y patologías psíquicas. Respecto de estas, éstas, muy poco se ha avanzado, y muchos temas han sido levantados en la tentativa de comprenderlas y sanarlas. Se hace también importante comprender las enfermedades que provienen del campo psíquico y aquellas que se presentan bajo la forma de síntomas clínicos y psicosomáticos, confundándose muchas veces las evaluaciones diagnósticas y los tratamientos.

El modelo salud-enfermedad

Para ampliar nuestra visión, iniciaremos con la referencia presentada por el antropólogo francés François Laplantine⁽¹⁰²⁾ sobre los modelos que guían la práctica médica. Ese autor habla de las medicinas centradas en la enfermedad y que están ligadas al *modelo ontológico* de naturaleza más frecuentemente física, y de las medicinas centradas en el hombre enfermo, representadas por el *modelo relacional* que incluye los aspectos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos o sociales⁽¹⁰³⁾. Aun entendiendo la posibilidad de esos dos modelos, ese autor cree que cualquier médico en su experiencia clínica y diagnóstica, tiene también una comprensión no biomédica de la patología y de la terapia aplicada. También considera que las relaciones de intercambio entre los que curan y los que son curados, trascienden el saber científico del médico y de la experiencia vivida por el paciente; comprende que en esa relación está también incluido el saber de la propia persona sobre su molestia y la experiencia vivida por el médico. Además, existe una representación sociocultural de la enfermedad y del papel del paciente y del cuidador, lo que impone una configuración específica para la relación terapéutica. En ese contexto, las expresiones son limitaciones culturales compartidas (o no) por ambos lados.

En la práctica cotidiana, todo médico, en mayor o menor grado, ejerce su humanidad, siendo tocado por el dolor del otro y muchas veces las historias de vida de ese profesional son movilizadas y confrontadas en

la escucha de los problemas de sus pacientes. Todavía es importante pensar, que la relación médico-paciente es siempre una oportunidad de intercambio, donde ambos aprenden y crecen: el primero, dinamizando sus conocimientos técnicos y existenciales; y el segundo, buscando superar su dolor y promover la prevención de nuevas recaídas o nuevas patologías. Es interesante observar como ese diferencial en la postura del profesional de la salud, ayuda mucho en la superación del sufrimiento y en la cura del paciente. Ciertamente los pacientes van a percibir la disponibilidad existencial del profesional para acoger su dolor y encontrar posibles soluciones. El paciente se siente acogido como ser humano, pleno de deseos, aspiraciones y sueños. Creemos que esos asuntos deben ser discutidos en los equipos de salud, como forma de afinar los instrumentos de trabajo en la salud, que son fundamentalmente el ser humano.

En una relación médico-paciente cálida e interactiva, con el ejercicio pleno de la afectividad, el profesional también se aprovisiona. El sentimiento amoroso transmitido se vuelve el alimento para aquél que cuida. Es interesante percibir que, algunos profesionales, al final de un día de trabajo, pueden estar cansados físicamente, pero son portadores de un bienestar indescriptible, de una energía reconfortante, proveniente probablemente de la potencialización que una relación plena entre dos seres humanos posibilita. Probablemente, en esa condición, la interacción entre el cuidador y la persona cuidada es nutrida por la ley cósmica de construcción disponible para aquél que cuida, reabasteciendo su capacidad de donación, y para aquél que recibe, transformando su caminata.

~

Continuando en el raciocinio de Laplantine, el *modelo ontológico*, guiado por las referencias de la anatomía, del sistema de causa y efecto y de la mecanicidad del organismo humano, separa enfermos de enfermedades, buscando encontrar la causa del sufrimiento en la disfunción de un órgano por un agente externo (virus, bacterias, posesión demoníaca, condiciones climáticas, etc.) o agentes internos objetivos (genética, envejecimiento, auto-inmunidad etc.), y no en la persona portadora de una enfermedad. Este modelo ontológico que se identifica con el modelo biomédico, seguido actualmente por la medicina contemporánea, es limitado en su eficacia, ya que restringe su visión diagnóstica y terapéutica a algunos parámetros específicos.

Según Hugon⁽¹⁰⁴⁾, el modelo biomédico actual no funciona cuando se trata de modificar comportamientos relacionados a hábitos, creencias y estilos de vida, y no incluye, significativamente, los factores ambientales y sociales. Además, no abarca, en sus prácticas, las quejas y el sufrimiento del cotidiano, siendo estos los responsables por la búsqueda de los servicios de salud que, sin respuesta apropiada para ofrecer, se vale de la medicalización del dolor y del sufrimiento. Esta médica sugiere la propuesta de la Educación Terapéutica²² que, más allá de incluir el tratamiento propiamente dicho de la enfermedad, se propone abordar a la persona enferma en su integralidad, con sus proyectos, sus valores y sus relaciones.

Hugon afirma que tal propuesta

asegura que una acción educativa tendrá impacto positivo en la salud del paciente, mejorando sus competencias psicosociales, elevando sus capacidades de autocuidado y sus aptitudes psicológicas. Por cuenta de esto considera el *empowerment* (empoderamiento) del paciente como uno de sus objetivos fundamentales⁽¹⁰⁵⁾.

Sin embargo, el *modelo relacional* conceptualizado por Laplantine acarrea al sujeto y la subjetividad como elementos fundamentales en la comprensión de la salud y de la enfermedad. Lo normal y lo patológico no son vistos como algo o alguna cosa fuera de la persona, y sí, como un *continuum* entre armonía y desarmonía, equilibrio y desequilibrio. En ese modelo, la enfermedad no es vista como enemiga y extraña, pero sí como un desorden por exceso o por falta, como ruptura del equilibrio del hombre consigo mismo, con el cosmos y con el medio social⁽¹⁰⁶⁾ y, también, en el sentido positivo, como la oportunidad de establecimiento de un nuevo equilibrio. Esta nueva homeostasis, o equilibrio dinámico, agrega nuevos recursos y una visión más amplia de la propia existencia. Asociando el concepto del modelo relacional de Laplantine con las concepciones ecológicas y ambientales contemporáneas, podemos ya trascender para la idea del hombre como ser *ecosintónico*, un sistema abierto, totalmente integrado al planeta y a la vida que hay en él, por lo tanto, su enfermedad haría parte de esa sintonía cósmica. En esa concepción, la búsqueda de la cura también pasa por la integración armónica consigo y con la naturaleza.

22 Según la OMS, la educación terapéutica del paciente busca ayudarlo a adquirir o conservar las competencias que necesita para administrar mejor su vida con una enfermedad crónica (OMS *apud* HUGON, 2011).

Determinando el *modelo relacional* de Laplantine, hay que se incluir en la evaluación de la persona enferma los componentes relacionados con su historia de vida; percibir a la persona en su totalidad e inmersa en su cultura⁽¹⁰⁷⁾. Actuando a partir de ese modelo, el profesional buscará involucrar al paciente, sus familiares y los varios elementos que interaccionan en esa relación. El paciente asume una postura activa, una actitud consciente, sabiendo que sus pensamientos y emociones tendrán una función fundamental en la evolución del proceso. “En ese sentido, la enfermedad puede ser entendida como un grito de alerta. Es el cuerpo haciendo un llamado para que nuestros comportamientos, actitudes y valores sean revisados y, con eso, podamos tener una vida más autónoma y generadora de salud⁽¹⁰⁸⁾.”

En sus estudios sobre la simbología del dolor y de los síntomas, Adalberto Barreto⁽¹⁰⁹⁾, creador de la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), resalta que un síntoma no es necesariamente un señal de debilidad o amenaza a la vida, puede ser una comunicación inconsciente, alertando para los ajustes necesarios. El pensamiento de ese autor está afinado con la obra de George Groddeck²⁴ que se centra en la concepción de que *la enfermedad es un camino*.

Estos dos estudiosos, Barreto y Groddeck, a través de su experiencia comunitaria y evaluación clínica individual, respectivamente, comprenden la enfermedad como camino o comunicación, ambos procesos mirando el contacto consigo mismo y con el mundo. Frente a un síntoma clínico o psíquico, hay que preguntarse cuál es el mensaje que el cuerpo está transmitiendo y lo que necesita ser transformado en la vida de la persona. Integrando, entonces, el concepto *groddeckiano*, la enfermedad como lenguaje, y el concepto de la Terapia Comunitaria, que habla del

cle&id=2768:generosidade-prolonga-a-vida-e-protege-a-saude-revela-pesquisa-americana-&catid=63:bem-<mid=31”catid=63:bem-HYPERLINK [“http://www.sonoticiaboa.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2768:generosidade-prolonga-a-vida-e-protege-a-saude-revela-pesquisa-americana-&catid=63:bem-<mid=31”&HYPERLINK](http://www.sonoticiaboa.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2768:generosidade-prolonga-a-vida-e-protege-a-saude-revela-pesquisa-americana-&catid=63:bem-<mid=31”&HYPERLINK) “http://www.sonoticiaboa.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2768:generosidade-prolonga-a-vida-e-protege-a-saude-revela-pesquisa-americana-&catid=63:bem-<mid=31”ltmid=31.

24 Walter Georg Groddeck nació en Bad Kösen, en 1866, y murió en Zürich, en 1934. Fundó el Sanatorio en Baden-Baden, donde aplicaba la hidroterapia, masajes etc. Defendió la importancia del psiquismo en las enfermedades orgánicas y se inició en el estudio del inconsciente al que denominó de “eso”. Según algunos autores, Groddeck ya desarrolló una comprensión del psicoanálisis desde 1885, aun antes de conocer los trabajos de Freud. Escribió el libro *Determinación psíquica y tratamiento psicoanalítico de las afecciones orgánicas* (1917), *El libro del ello*, *Cartas psicoanalíticas a una amiga* (1923) y *El ser humano como símbolo* (1933)

síntoma como una forma de comunicación, reafirmamos que los canales expresivos del dolor del alma se manifiestan en el dolor corporal; y los del dolor metafísico se expresan en el dolor físico. “El dolor del alma significando aquí como el dolor que brota de las pérdidas, duelo, disfunciones relacionales, ajustes sociales”⁽¹¹⁰⁾.

En los trastornos psíquicos, como, por ejemplo, en depresiones, hay una tendencia frecuente a culpar a algo, a alguien o a sí mismo. Al llegar al consultorio, el paciente desea saber la causa de sus síntomas, pero nunca se pregunta *lo qué ese síntoma le está comunicando*. Y si la orientación médica fuera pauta en *causa-efecto*, el paciente se siente reforzado a encontrar un causante único (etiología linear), generalmente externo, dificultando sobremanera el alcance del equilibrio y, por lo tanto, la superación de la enfermedad.

En la experiencia clínica, aun sabiendo que filosóficamente no es posible separar enfermo de enfermedad, algunas veces en la práctica es importante hacer esa separación con el objetivo de aliviar la culpa de estar enfermo. Como el síntoma psíquico acarrea frecuentemente el sentimiento de culpa, el paciente llega doblemente sufrido, por tener un síntoma y también por sentirse culpable por ser portador de una enfermedad. En ese primer momento, es importante aliviarlo y liberarlo de la culpa, a fin de dejar florecer la compasión y la generosidad para consigo mismo. Cuando él escucha del profesional que lo asiste, que él no es el “causante” de su enfermedad, en su interior se disparan mecanismos de alivio, autodeterminación y voluntad de superación. Esta es una actitud paradójica, pues aun sabiendo que enfermo y enfermedad están interligados, la acción inicial de separarlos, puede ayudar en el alivio necesario en el proceso de recuperación. Por comprender ese vínculo tan intrínseco, en la medida en que el paciente va mejorando, viabilizamos establecer las conexiones entre el ser y la enfermedad, llevándolo a profundizar el sentido que la enfermedad trae para su vida, como también estimulándolo a asumir el poder interno para su auto cura.

Una actitud importante, a pesar de paradójica, es transmitir en ese contacto a la persona, la idea de que *ella no es enferma y sí que está enferma; en ese caso separamos la enfermedad del enfermo*. Parece una concepción muy simple, simplista a veces, pero que tiene el poder de aliviar de inmediato al paciente, generando la esperanza de retomar su equilibrio. En la medida en que el paciente va ganando confiabilidad en sí mismo, podemos, poco a poco, insertar en el *contacto médico-paciente* la comprensión de que

la presencia de ese trastorno está representando una oportunidad de modificar el *modus vivendi*, su modelo de vida, evaluando las situaciones que necesitan ser transformadas. Es muy importante separar responsabilidad de culpa: la primera ayuda en el proceso de comprensión, aprendizaje y superación; y la segunda, la culpa, paraliza al individuo e inviabiliza el proceso de autoconocimiento.

Cuando, por ejemplo, el psiquiatra atiende un paciente portador de pensamientos de auto-extermínio, ese procedimiento de separar enfermo y enfermedad, de distinguir responsabilidad de culpa, se vuelve imperativo y proporciona de inmediato un alivio y disponibilidad para el camino del auto-rescate. Frente a un cuadro emergente, no es posible realizar un abordaje más profundo del proceso salud-enfermedad, pues en ese momento, lo prioritario es salvar la vida del paciente. Posteriormente se inicia un proceso exploratorio para comprender las situaciones vividas por el paciente y también como este puede concientizarse de las dificultades enfrentadas y su co-responsabilidad en la causa y en la superación.

Sobre esta cuestión, Hugon⁽¹¹¹⁾ refiere que, en su práctica como especialista en alcoholología, su trabajo es mucho más fácil cuando los pacientes se interesan en conocer su enfermedad. Esa autora distingue dos categorías de pacientes: aquellos que se interesan y participan del proceso de tratamiento del alcoholismo y aquellos que niegan su dependencia, culpando a otras personas o a causas externas por sus recaídas. La experiencia de Hugon es confirmada en el área de salud mental cuando verificamos que es fundamental la aceptación de la persona que sufre y la importancia del conocimiento que ella desarrolla sobre su problema. Por causa del estigma que los trastornos psíquicos acarrear, las personas, y hasta sus familiares, se avergüenzan en hablar de su diagnóstico, sobre todo cuando se trata de patología psiquiátrica. Existe un salto significativo en la evolución del cuadro clínico y en la calidad de vida cuando el propio paciente habla de su molestia con claridad, interesándose por ella, buscando entender sus limitaciones y posibilidades de superación. Los pacientes que alcanzan esta forma de lidiar con la enfermedad, llegan a las consultas queriendo saber cuáles de los síntomas son parte de la enfermedad y cuáles son las situaciones naturales que cualquier persona podría tener, independiente de las condiciones psico-emocionales. Esta autonomía acarrea una libertad de ser persona, independientemente de tener una enfermedad. El asunto en cuestión recuerda el psiquiatra ita-

liano Franco Basaglia²⁵, que considera la enfermedad mental como un paréntesis en la vida de los individuos y no como el conjunto de su vida.

En la cultura occidental, la visión de la enfermedad mental pasó a lo largo de muchas elucubraciones de rechazo, culpa, negación y conflicto, sea vista toda la historia de la psiquiatría y de los manicomios. En la concepción de las personas, acudir a un especialista en psiquiatría o psicología significa confirmar una derrota o constatar tener un *problema moral*. Las investigaciones de opinión pública revelan que más de la mitad de las personas creen que la molestia psiquiátrica es falta de fe, de fuerza de voluntad o culpa por algún error cometido. La persona llega a la consulta demostrando sentimientos de derrota, diciendo que *está buscando el último recurso*. Conversar sobre las posibilidades diagnósticas, clarificar sobre el tratamiento y orientar sobre la participación de la persona en ese proceso, genera una ganancia enorme en dirección de la superación del problema.

Actualmente, las discusiones y críticas se han multiplicado en relación al modelo biomédico u ontogenético. Aun con todos los avances tecnológicos, este patrimonio construido todavía acarrea un vacío en las prácticas del sistema de salud al promover la calidad de vida y la salud. Falta una integración definitiva entre el fenómeno de la enfermedad en el ser humano y la visión sistémica, percibiendo la enfermedad como la punta de un *iceberg* de un proceso mucho más profundo del que aparenta. Aun cuestionando el modelo actual, la formación de los profesionales de salud no está adecuada para agrandar su visión conceptual; las orientaciones recibidas en los cursos de formación los mantienen restrictos a los modelos de la biomedicina tradicional. Aquellos que se liberan de esa prisión lo hacen porque buscan en las incursiones personales otros referenciales para responder sus indagaciones.

~

Ahora vamos a adentrarnos un poco en la posibilidad de otro modelo en salud: el *modelo relacional*. Para comenzar, presentamos algunas características del profesional que está adecuado al modelo relacional:

25 Franco Basaglia era médico y psiquiatra, y fue el precursor del movimiento de la Reforma Psiquiátrica italiana, conocido como Psiquiatría Democrática. Nació en el año de 1924, en Venecia, Italia, y falleció en 1980. Sus reflexiones están influenciando la transformación de la atención psiquiátrica en todo el mundo occidental, inclusive en el Brasil.

- Conciencia clara de su función en el tratamiento de la enfermedad y crecimiento de la persona enferma;
- Percibirse como instrumento en el aprendizaje que el paciente necesita vivenciar;
- Tener claridad de que existe una persona que sufre y no apenas una patología para tratar, o sea, no considerar apenas un bazo, un páncreas o un hígado, y sí, un ser humano integral y consciente;
- Acoger el paciente y su enfermedad, dejando clara la responsabilidad de él, ante este proceso. El médico sería un coadyuvante en el proceso de la superación;
- Trabajar con el paciente las alternativas de transformación personal en el sentido de aprovechar la experiencia al máximo, dinamizando el potencial creativo en la caminata de la superación del problema;
- Movilizar al paciente en el sentido de abrir los referenciales paradigmáticos del proceso salud-enfermedad;
- Adecuar su lenguaje y formas de comunicación a cada paciente, de acuerdo con el grado de comprensión de sí y del mundo;
- Conocer a la persona que está enferma y procurar saber lo que necesita y desea, cuáles son sus aspiraciones, sueños etc.

Como no existe salud en una sociedad sin acción del Estado y un sistema de salud pública eficaz, necesitamos transformar nuestros servicios de salud. Primeramente, invirtiendo sustancialmente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades; y después, acogiendo el sufrimiento, mirando a la persona que sufre como un ser único e irrepetible, merecedora de todo el cariño y dedicación de nuestra parte.

En el Proyecto *Salud Psíquica del Trabajador de Salud*, desarrollado en la Regional Norte de Salud del Distrito Federal de Brasil, Camarotti y Teixeira⁽¹¹²⁾ utilizaron la metáfora de la *cadena* para comprender la salud como la totalidad de los eslabones que se interconectan y se potencializan en las acciones. Si uno de esos eslabones estuviera frágil, la cadena se partirá aunque los demás estén fuertes. Todas las áreas son fundamentales para tener una salud pública equilibrada; basta que una de ellas omita su compromiso para que no se consiga alcanzar los objetivos. Todo el equipo multi-profesional necesita asumir la conciencia de su función. “La cadena es tan fuerte como el más frágil de sus eslabones”²⁶

26 Dicho popular

Algunas consideraciones sobre el origen de la enfermedad

Para abordar el origen de la enfermedad, es necesario comprender el enfermarse como la representación de un *sentido*, en el cual el cuerpo se entrega *con sacrificio* para expresar un dolor más profundo y habituado al ser. Esa comprensión puede ser utilizada también en las afecciones o enfermedades de causas externas, porque la experiencia de estar enfermo provoca en la persona el sentimiento de vulnerabilidad, finitud y, muchas veces, de dependencia de otras personas.

En este texto abrimos mano de la idea de buscar una etiología externa o interna de las patologías como algo mono-direccional, en una relación causa y efecto. Vamos hacer entonces nuestra reflexión dentro de un sentido existencial de cada persona, integrando los varios aspectos involucrados.

Esquemáticamente, se puede considerar la visión occidental y la visión oriental como referencias para entender las causas de las enfermedades. En el mundo occidental, a lo largo de los dos últimos milenios, surgieron varias propuestas de la medicina que buscaron comprender el porqué de la enfermedad y cuál es su relación con la vida de la persona. Para entender mejor la medicina científica actual, vale hacer una síntesis histórica de las referencias utilizadas en la comprensión de los procesos patológicos humanos.

El pensamiento occidental caminó en los últimos siglos en dirección a la compartimentalización del ser humano. La base de la concepción de la medicina occidental data del siglo V a.C. y tuvo su origen en la filosofía griega, que después fue integrada al conocimiento filosófico romano. En su conjunto buscaba la unicidad en el conocimiento y en las cosas. A lo largo de los siglos, ese conocimiento sufrió muchas desviaciones paradigmáticas. Hoy hay una diferencia entre los principios del pensamiento filosófico y aquel que sirve de base para la ciencia y la tecnología médica modernas.

Empédocles de Agrigento²⁷, filósofo griego del siglo V a.C., ejerció una gran influencia en la concepción de la medicina antigua; hizo referencias a los cuatro elementos básicos que constituyeron las raíces de la materia: fuego, tierra, agua y aire. Según este filósofo, a partir de

²⁷ Empédocles fue un filósofo griego, médico, legislador, defensor de la democracia y sustentaba la idea de que el mundo estaría constituido por cuatro principios: agua, aire, fuego y tierra. Propuso una explicación general del mundo, considerando todas las cosas como resultantes de la fusión de esos cuatro principios eternos e indestructibles.

esos elementos surgió todo tipo de interacción y forma en la naturaleza, inclusive las enfermedades, siempre estimuladas por dos fuerzas: amor y el odio.

Hipócrates²⁸, filósofo griego considerado padre de la medicina (siglos V al IV a.C.), propuso como visión de la salud humana la teoría humoral inspirada en los elementos básicos concebidos por Empédocles (fuego, tierra, agua y aire). Para este filósofo, el cuerpo y la personalidad están intrínsecamente ligados. En su propuesta terapéutica, Hipócrates entrelazó también el principio de la dietética como esencia para la comprensión de la salud/enfermedad humana. Tanto la interconexión entre el cuerpo y la mente como la importancia de la alimentación han sido retomadas en las últimas décadas como elementos fundamentales para la promoción de la salud.

Platón²⁹ (siglo IV a.C.) percibía el cuerpo y el alma como una unidad indisociable, formulando el concepto de *enfermedad del alma*. Enseñaba que el ser humano es una unidad integrada del *Soma*, de la *Psique* y del *Nous*. El *Soma* representa el cuerpo, la *Psique* lo psicológico y el alma humana y, finalmente, el *Nous* sería el espíritu, el conocimiento superior, la inteligencia pura. En la concepción platónica, para que existan relaciones saludables entre las personas, sean personales o de cuidado, sería imprescindible la armonía de esa trinidad. Platón defendía que el médico debería ser también filósofo, pues él buscaría comprender la vida de su paciente y lo ayudaría a encontrar la sabiduría, ya que la salud está intrínsecamente relacionada al crecimiento personal. Buscando ampliar la visión de la salud, este filósofo introdujo incluso la idea sociopolítica del cuidado, afirmando que no se puede ser saludable en una sociedad que no la sea. En esta propuesta, Platón introduce la idea de que la salud de cada individuo está directamente integrada a la salud de su comunidad y viceversa.

Galeno de Pérgamo (siglo II d.C.) desarrolló teorías sobre la medicina que prevalecieron en occidente por más de un milenio. Se dedicó al estudio de la fisiología, anatomía, disección y vivisección. Aunque

28 Hipócrates, filósofo griego que vivió en el siglo V a IV a.C., fue considerado “padre de la medicina”, habiendo sido la referencia en la Grecia antigua en la comprensión de la salud y enfermedad. Ese filósofo era un asclepiadeo, esto es, miembro de una familia que, durante varias generaciones, practicara los cuidados en salud.

29 Platón, filósofo y matemático griego, que vivió en los años de 428 a 348 a.C., fue fundador de la Academia de Atenas y ayudó a construir los fundamentos de la filosofía natural, de la ciencia y de la filosofía occidental.

habiéndose dedicado al estudio del cuerpo, él se consideraba un médico filósofo, y su obra de referencia se intitulaba: *El mejor médico es también un filósofo*. Galeno defendió la medicina como un campo interdisciplinario, incorporando varias escuelas del conocimiento de la época y adoptando el método de valorización de la teoría, observación y experimentación.

En la Europa medieval cristiana, la concepción de salud-enfermedad siguió el obscurantismo vivido en la sociedad vigente. Las enfermedades eran atribuidas a causas divinas o diabólicas, y por eso se buscaban curaciones milagrosas, siempre con el sesgo de lo mágico y de lo religioso. En el inicio de la Edad Media, la práctica de la medicina estaba basada en los antiguos textos de Grecia y Roma, asociada a las concepciones medievales de *destino*, *pecado* y *culpa*. Las primeras instituciones de cuidado a los enfermos fueron creadas en los monasterios, donde los pacientes eran acogidos por los religiosos. Inglaterra salió al frente creando algunos hospitales en el período de los siglos XI y XII. Algunos de esos hospitales todavía existen hoy, como por ejemplo, el Hospital San Bartolomé en Londres. La primera Escuela de Medicina de Europa fue fundada en Salerno, al Sur de Italia, en el siglo XI, y se basó en los escritos de Hipócrates y después incluyó textos islámicos³⁰.

Con el Renacimiento (siglos XV/XVI de nuestra era), advino un período de gran expansión del mundo intelectual y artístico en Europa. Hubo un avance en el conocimiento científico, en la realización de experimentos, en la recolección de observaciones y formulación de teorías sobre el cuerpo humano. Se puede afirmar que en ese período surgieron las bases para la medicina científica actual. Un marco importante en ese período fueron las publicaciones del médico y profesor de la Universidad de Padua, Andreas Vesalius (1514-64) que presentó una completa descripción anatómica del cuerpo humano. Otra referencia importante fue el médico Paracelso, que creía que las enfermedades específicas eran causadas por agentes externos específicos, e introdujo el uso de remedios químicos y minerales.

En la Europa de los siglos XVII al XIX, los estudios médicos evolucionaron en dirección a encontrar un agente externo causante de los males humanos. En este período, el conocimiento enfatizó el estudio de los agentes microbianos como causantes principales de los procesos patológicos. La cumbre, fue el descubrimiento de los micro-organismos por

³⁰ Muchos conocimientos adoptados en las universidades europeas en la época medieval fueron provenientes del filósofo iraní Avicena, que escribió muchos tratados sobre filosofía y medicina; entre ellos, el *Libro de la Cura* y el *Canon de la Medicina*, que son los más famosos.

Louis Pasteur (1822-1895); sus experimentos dieron origen a la teoría microbiológica de las enfermedades. Esta teoría reafirmó la tendencia a la identificación de un agente causal externo de las enfermedades, y condujo las investigaciones médicas al estudio de los microorganismos causantes de las enfermedades.

Actualmente, los estudios de la genética colocan en evidencia las vulnerabilidades y las diátesis humanas provenientes del código genético heredado. El conjunto de los genes humanos es denominado genoma, y ha sido la gran esperanza para descubrir y comprender las causas de las patologías humanas. A partir del estudio del genoma se podrán detectar las predisposiciones para ciertas dolencias, muchos medicamentos y vacunas podrán ser desarrollados.

Las propuestas de la medicina, citadas antes, se alternaron entre buscar causas externas para las enfermedades, y la visión filosófica de la comprensión y el sentido de la vida de cada persona. En su gran mayoría, los descubrimientos y los conocimientos incorporados han sido importantes para el rompecabezas de las causas del sufrimiento humano. Pero queda claro que todavía faltan algunas piezas fundamentales en este proceso y que, más que partes faltantes, hay carencia de la comprensión del conjunto y de las relaciones entre todas las cosas.

El surgimiento del psicoanálisis al final del siglo XIX cambió los rumbos de la medicina, sobretudo en cuanto a la comprensión de las enfermedades psíquicas. Después de la constatación de la importancia del inconsciente en la salud y en la formación de las enfermedades, la visión biológica de este binomio nunca más fue la misma. Hoy los factores inconscientes están siempre en línea cuando se quiere comprender el origen y evolución de las patologías. Muchas corrientes terapéuticas y psicológicas utilizan el conocimiento psicoanalítico para dar bases a sus teorías y propuestas de tratamiento.

En el mismo período en que Freud desarrolló los estudios del psicoanálisis, Georg Groddeck, padre de la psicósomática, presentó al mundo el conocimiento de los factores psíquicos moduladores de las enfermedades. Para este estudioso, la enfermedad es un camino, una forma de comunicación, revelando una solicitud de cambio en la forma de ver y sentir la vida. Los escritos de Groddeck han resplandecido hasta hoy como base para la comprensión de la persona como un todo, cuerpo y emoción en una perfecta sintonía entre el enfermar y la capacidad de prevenir y curar las enfermedades.

Paralelamente al desarrollo del conocimiento científico y tecnológico de la medicina occidental oficial, han sido levantadas algunas visiones diferentes que contrastan con el camino que la ciencia médica oficial ha tomado. La Nueva Medicina Alemana de Hamer y la homeopatía de Hahnemann son ejemplos de esos abordajes.

Ryke Geerd Hamer, profesor de la Universidad de Múnich, estudió la comprensión de la enfermedad a partir de las vivencias de conflictos que se materializan en el cuerpo como forma de “expurgar” el sufrimiento que permaneció estancado en el ser. Hamer pasó a investigar la historia de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer. Constató que así como él, también portador de un cáncer de próstata, todos habían enfrentado un gran estrés en el período anterior al cáncer. Este investigador acuñó el término de Síndrome de Dirk Hamer (SDH), para representar un incidente muy personal, condicionado por las experiencias pasadas, las vulnerabilidades, percepciones individuales, valores y creencias. Según él, la SDH no es un conflicto meramente psicológico, y sí biológico que necesita ser comprendido en el contexto de la evolución personal⁽¹¹³⁾³¹. Analizando innumerables tomografías computadorizadas del cerebro (TC), Hamer descubrió que en el momento en que un SDH ocurre, el choque impacta en un área específica del cerebro causando una *lesión* que es visible en la TC. Las células cerebrales impactadas comunican el choque al órgano correspondiente, que responde con una alteración patológica. Como consecuencia de su propuesta de comprender el cáncer, Hamer propone identificar el Síndrome de Dirk Hamer original y desarrollar una estrategia para resolver el conflicto.

Otro abordaje que apunta a un paradigma diferente para la terapéutica médica es la homeopatía. Iniciada por Samuel Hahnemann, en 1796, esta terapéutica se basa en el principio *similia similibus* (semejante cura semejante) y utiliza medicamentos desarrollados a partir de la dilución y dinamización de la misma sustancia que produce el síntoma en una persona saludable. La homeopatía preconiza que las enfermedades son causadas por la perturbación de la *energía vital* y que los medicamentos llevarían al re-equilibrio de esa energía y, consecuentemente, del organismo. En la línea unicista de este abordaje, los terapeutas buscan encontrar el medicamento que integre toda expresión del paciente; para

31 Disponible en: <http://www.luzdegaia.org/outs/diversos/nova_medicina.htm>gHYPERLINK “http://www.luzdegaia.org/outs/diversos/nova_medicina.htm”/outs/diversos/nova_medicina.htm>.

eso, es importante valorizar los síntomas físicos, psíquicos y característicos de cada persona.

La práctica de la homeopatía es inminentemente una relación filosófica entre médico y paciente; en la anamnesis se resalta la importancia de la forma como la persona lidia con las situaciones psíquicas y ambientales. Todo es valorizado como información para la elección del medicamento. El médico homeópata desarrolla la sensibilidad necesaria para comprender a la persona en sus varios aspectos, su historia de vida, de la familia, del modo particular de ser y forma de ver el mundo.

A lo largo del siglo XX, la sociedad occidental incorporó en su arsenal terapéutico varios abordajes originarios de oriente, como, por ejemplo, la medicina tradicional china, la acupuntura, la medicina Ayurvédica (de origen indio), y la meditación. Además, otras referencias fueron retomadas en occidente, como la hidroterapia, la medicina natural. La fitoterapia, el chamanismo y muchas otras. No discutiremos esas modalidades terapéuticas en esta obra, pero las dejamos citadas como opciones de tratamiento, de las que las personas se han valido para hacer frente a las enfermedades de difícil superación por la medicina oficial.

La inteligencia celular y las emociones

Después que la ciencia médica caminó mucho en dirección a la especialización, a la profundización cada vez mayor de las partes en detrimento del todo, hubo una tendencia para buscar las correlaciones, a comprender las conexiones entre las partes y entender que el todo es mucho mayor que la simple suma de sus partes. Un ejemplo de esa tendencia de la ciencia es la comprensión de que las células de nuestro cuerpo poseen inteligencia, que hay una interconexión estrecha entre las emociones y todas las células del cuerpo.

La neuro-farmacóloga Candace Pert⁽¹¹⁴⁾ ha estudiado los neuropéptidos denominados por ella como *moléculas de las emociones*, y ha demostrado que esas sustancias químicas liberadas por situaciones emocionales, están presentes en todo el cuerpo. Nuestras células corporales poseen receptores y sintetizadores de esas moléculas y, por lo tanto, detienen una forma de comunicación que va más allá de la transmisión local para alcanzar una interacción más sutil. A partir de esa constatación, se sugiere que las emociones están presentes en todas las células corporales y muchas veces el

cuerpo tiene reacciones emocionales, produciendo sustancias químicas aún antes que el cerebro registre algún problema. Esta científica afirma que la mente está en todas las células del cuerpo y que las emociones son puentes entre la mente y el cerebro, son pensamientos convertidos en materia.

Los estudios recientes sobre los mecanismos de comunicación entre las células nos ofrecen datos científicos para entrelazar el ideal filosófico de la antigüedad, que preconiza las interrelaciones profundas entre el cuerpo, la mente y el espíritu, con el conocimiento sobre cómo esta interrelación se procesa. Es interesante percibir que ideas tan antiguas están siendo retomadas al bias de la ciencia, completando así un nuevo ciclo de concepción y de pensamientos.

Cuando estudiamos más detenidamente las concepciones sobre el binomio salud-enfermedad, la promoción de la salud y la superación de las enfermedades, percibimos en el curso de la historia que las ideas hoy reflejadas, ya emergieron en algún período pasado del conocimiento humano. Identificamos ciclos que se repiten o resignifican conocimientos antes ya presentados. Por eso, siempre es importante conocer referenciales de otras civilizaciones u otras épocas y los asociemos a las investigaciones contemporáneas para que tengamos un análisis más completo del conocimiento y no caigamos en parcializaciones tendenciosas.

~

La búsqueda incesante de otros referenciales de tratamiento han indicado que la población occidental no está satisfecha con su medicina; existen muchas enfermedades crónico-degenerativas, sin el conocimiento de su etiología y sin tratamiento. Aunque la media de vida ha aumentado con las nuevas tecnologías médicas, la calidad ha dejado mucho que desear. Las molestias psíquicas han crecido en incidencia, y más personas se han mantenido en tratamiento continuado.

Hoy, en pleno siglo XXI, la tónica del momento es abrir todas las posibilidades terapéuticas; las personas han sido estimuladas a cuidar de su salud; el referencial de la prevención se ha vuelto una realidad, la participación del paciente en su proceso de tratamiento ha sido fundamental para el buen resultado. Caroline Myss⁽¹¹⁵⁾ afirma que el ingrediente esencial para la cura de la energía y, por lo tanto, de la persona, es su participación activa y consciente. Ella dice que para el éxito de las terapias es necesario que los pacientes tengan un concepto interno de poder,

capacidad de generar energía interna y recursos emocionales, como, por ejemplo, creer en su autosuficiencia y poder auto-curativo.

Muchos individuos se enferman cuando están enfrentando alguna situación de pérdida de alguien, de poder, de dinero o aun por haber vivido una separación. Por lo tanto, se vuelve muy necesario que médicos y terapeutas levanten la historia de vida de sus pacientes, para avaluar como sus pérdidas o emociones pueden estar afectando su salud, o aun impidiendo responder positivamente a la terapéutica establecida.

Las discusiones sobre salud y enfermedad han ocurrido en varios medios de comunicación; los debates están cada vez más abiertos con reivindicaciones dirigidas al poder público, en el sentido de implantar políticas de salud que contemplen la prevención de enfermedades y promuevan la salud en todos sus aspectos. Más que cambios en las técnicas médicas, el momento actual, es de adopción de un nuevo paradigma, saliendo de una visión unilateral, en la cual los profesionales son los únicos responsables por la salud, para la responsabilidad compartida. Todos somos corresponsables por la salud y por la enfermedad – profesionales y pacientes. La auto-responsabilidad de aquellos que enfrentan dificultades con su salud necesita ser estimulada, tal vez esa sea la más noble misión de los cuidadores. En la medicina oficial, el paciente sigue el tratamiento de forma pasiva, sin, todavía, asumir la responsabilidad de su cura. Myss⁽¹¹⁶⁾ denomina la postura de poder activo del paciente de auto-motivadora y considera ese comportamiento como necesario para mantener el equilibrio emocional, corporal y espiritual y, por lo tanto, promotor de la salud.

La promoción de la salud está centrada en la visión sistémica de la persona y de la comunidad, de este modo se hace necesario pensar en abordajes que estimulen la salud individual y colectiva. En este abordaje interactivo, todas las terapéuticas son complementarias y pueden ser utilizadas de acuerdo con las situaciones y niveles del compromiso.

Tomando en cuenta la propuesta actual de co-participación en la salud, Camarotti⁽¹¹⁷⁾ cree en el cambio de postura del médico y relata que sería muy importante incluir en la anamnesis clínica preguntas que esclarezcan los intereses, deseos, aspiraciones y proyectos de los pacientes. Una persona sin proyecto, sin entusiasmo, probablemente está vulnerable a enfermedades de todas las naturalezas – degenerativas, infecciosas, disfuncionales – pues el sistema psico-neuro-inmunológico, inactivo por falta de estímulos positivos, pierde su función de protección y limpieza de las amenazas externas.

Es necesario que el paciente se deje contagiar por la creatividad que la existencia proporciona, pues adolecer, crecer, transmutarse, aprender, es posibilidad de vida, y tener salud es estar abierto y en sintonía con las oportunidades que se abren a cada momento.⁽¹¹⁸⁾

Construcción de la resiliencia y superación de la enfermedad

Una vez expuestas las consideraciones sobre la relación entre el proceso de enfermar, la promoción de la salud y las oportunidades de crecimiento, vamos a comprender mejor como correlacionar la capacidad de construir la resiliencia en la vivencia de un proceso patológico. ¿Cómo las personas que padecen enfermedades agudas o crónicas desarrollan y expresan su resiliencia? ¿Cómo nosotros, profesionales de salud, podemos ayudar a potencializar el fenómeno resiliente?

Primeramente es necesario que la persona que padece una enfermedad, se vea como parte del proceso, sabiendo que el apareamiento de la enfermedad fue una estrategia del organismo para no morir en aquel momento de desesperación existencial, en el momento en que no era capaz de entender lo que estaba viviendo. La enfermedad puede ofrecer el tiempo necesario para la superación no solo de los síntomas directamente a ella relacionados, sino, sobre todo para comprender el dolor verdadero del ser y conseguir superarlo.

Los estudios revelan que existen varios factores de protección que contribuyen a la salud y bienestar de las personas que viven con enfermedades crónicas y limitativas. Entre ellos están las características individuales y la red de apoyo socio-afectiva. Carvalho y col.⁽¹¹⁹⁾ estudiaron la presencia de la resiliencia en personas con VIH y SIDA y concluyeron que el enfrentamiento cognitivo y la aceptación de la infección son importantes factores de protección que contribuyen a la salud y al bienestar de esas personas. Estos autores refieren también, que el apoyo afectivo de la familia y el papel de las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y la religiosidad son fundamentales en el proceso de resiliencia de esas personas⁽¹²⁰⁾.

De modo general, las personas buscan una causa específica para sus males, lo que muchas veces contribuye para la culpabilidad o conflictos vividos, como forma de explicar racionalmente aquel sufrimiento.

La búsqueda de la causa en el pasado, recurso frecuente utilizado por los pacientes, es un proceso de relación causa-efecto, fijándose en una única dirección: la comprensión del síntoma o de la patología. Generalmente es una lluvia de porqués que limitan la posibilidad de espacio para la reflexión. En una revisión de la literatura sobre la resiliencia y la promoción de la salud, Ana Paula Machado⁽¹²²⁾ corrobora la idea de que la resiliencia es una estrategia prometedora para el enfrentamiento de los problemas y de los riesgos para la salud de las poblaciones.

Considerando la bipolaridad paradigmática de los modelos ontológico y funcional o relacional de Laplantine⁽¹²¹⁾, levantamos el asunto de cómo comprender la participación de la resiliencia en esas dos formas de abordar el proceso salud-enfermedad. En el modelo ontológico, donde se imputa un agente causal externo o exógeno en la fisiopatología de la enfermedad, las representaciones están ligadas a la influencia de los agentes microbianos, patógenos, etc. En ese modelo, a pesar de considerarse importante la influencia de la herencia, del temperamento y de la predisposición constitucional, no toman en cuenta los factores psíquicos, existenciales o espirituales; no se considera la participación del paciente y, por lo tanto, no se busca estimular la resiliencia de las personas.

En el modelo relacional, la causa está inter-ligada a múltiples factores que se imbrican en el desencadenamiento o exacerbación de las enfermedades. Esa misma lógica multifactorial tiene importancia también en la resolución de los problemas enfrentados. La pregunta que emerge de esos dos modelos es: *¿Cómo esas diferentes formas de percibir y proceder frente al proceso de la enfermedad humana, están relacionadas a la superación de las enfermedades y a la construcción de la resiliencia proveniente del sufrimiento?*

~

Viviana procuró el consultorio psiquiátrico hace dos años, por motivo de un cuadro depresivo caracterizado por desánimo intenso, falta de energía, angustia y ansiedad. Los síntomas empeoraban durante la mañana, sobre todo al despertarse. En los últimos tres años, esta paciente venía enfrentando síntomas de parálisis súbitas, pérdida de fuerzas en los miembros inferiores y pérdida temporal de la visión. Deambuló por innumerables consultorios neurológicos y reumatológicos; se sometió a

incontables exámenes, sin embargo pasaron algunos años hasta que obtuvo una confirmación diagnóstica.

Durante esa peregrinación los síntomas continuaban empeorando, y cada vez tenía más dificultad en el enfrentamiento de su vida personal y el trabajo. Hace dos años fue dimitida del trabajo y suspendió su doctorado. En ese período perduró un sentimiento de desesperanza y desconsuelo en relación a la evolución de su molestia, toda vez que no había claridad diagnóstica ni perspectiva de tratamiento. Intercalados con los síntomas de impedimentos neurológicos, la paciente pasó a sentir dolores punzantes en los miembros, intercalados con dolores oculares insostenibles. Con esos dolores, la vida de la paciente se tornó insostenible, llevándola a la desesperación.

En dos años su cuadro clínico decayó mucho, pasando por períodos de impedimentos motores y dificultad severa en los movimientos, inclusive para leer, escribir o asistir TV. Tratándose de una persona intelectual, autora de varios libros técnicos y de literatura, la paciente viene intentando escribir en los períodos de alivio de los dolores. En el segundo año de la enfermedad, la paciente consiguió publicar un libro de crónicas, el cual fue muy aplaudido por los lectores. En los últimos seis meses, finalmente, fue confirmado el diagnóstico de esclerosis múltiple, enfermedad neurológica crónico-degenerativa con evolución incierta.

El esclarecimiento del diagnóstico provocó simultáneamente sentimientos de alivio y de desafío, delante de lo que tendría que afrontar; buscó conocer sobre su enfermedad como forma de saber cómo superarla. Con el diagnóstico definido, pasó a ser medicada más específicamente y obtener un entendimiento sobre el comportamiento de las recaídas y de las recuperaciones. Hoy, Viviana está razonablemente estabilizada, y cuando presenta exacerbaciones de los síntomas, estos son inmediatamente calmados con medicamentos especializados. Continuó siempre en uso de medicación antidepresiva, pues esta controla los síntomas depresivos secundarios al sufrimiento causado por la enfermedad neurológica.

Recientemente, esa paciente escribió su autobiografía, con énfasis en la peregrinación impuesta por la enfermedad, donde colocó todos los sentimientos y desahogos vividos. Se encuentra más auto-confiante, segura en el enfrentamiento de los síntomas que todavía le abaten. Quedó muy claro que el acto de escribir sobre su proceso de dolencia provocó una capacidad simpar de enfrentamiento, dejándola fortalecida y motiva-

da para la vida. Se ha dedicado diariamente a su libro y aprovechado la oportunidad de rever sus emociones en esa caminata.

Creemos que para que el proceso resiliente pueda suceder, cada persona encontrará mecanismos de automotivación para la vida, más allá de desarrollar una capacidad especial de transmitir su experiencia a los demás. Viviana dice estar muy feliz con la publicación del libro, sobre todo porque tendrá oportunidad de compartir con otras personas lo que aprendió con la experiencia y a que soluciones puede tener acceder en su interior. Hoy se siente más leve, adoptó algunas rutinas terapéuticas y demuestra más empoderamiento frente a la dificultad. Cree que su proceso resiliente comenzó cuando sintió la fuerza interior para encarar de frente la enfermedad, aceptando la existencia de ella y dedicándose al aprendizaje de como debelar sus síntomas. Tiene conocimiento de que la enfermedad es incurable desde el punto de vista de la medicina, pero ha procurado centrar su atención, no en aquello que le provoca impedimento, y sí en las posibilidades de superación y vuelta a la vida.

La descripción de la situación de Viviana apunta a una reflexión importante: En el período de enfrentamiento de una enfermedad, sobre todo crónica e incurable, las personas buscan encontrar sentido de vida y desarrollar algunas habilidades. Generalmente se descubren talentos adormecidos en los subterráneos del ser. La vivencia del sufrimiento que la enfermedad provoca, reactiva lugares de ese subterráneo, que tal vez fuera imposible de otra forma.

La posibilidad de transmitir el aprendizaje adquirido durante la dolencia, es la perla que se ofrece al mundo. El bienestar causado al compartir esas enseñanzas, es la fuerza motriz para nuevas superaciones y aprendizajes. La persona resiliente tiene como característica fundamental el deseo irresistible de transmitir lo que aprendió y superó. En el caso de Viviana, se percibe claramente que la transmisión del conocimiento experimentado y la felicidad en poder compartir su aprendizaje, trajo un bienestar enorme para ella, estimulándola a superar el proceso de limitación causado por la enfermedad.

Caroline Myss⁽¹²³⁾ afirma que está convencida de que el espíritu humano necesita desarrollar la generosidad y la compasión para mantenerse saludable. Añade también que necesitamos acoger las vulnerabilidades de otras personas, como forma de sanarnos a nosotros mismos. De hecho, varios estudios sobre la realización de buenas obras y la postura compasiva para con los demás, indican que ellas aumentan la cantidad de

anticuerpos contra varias enfermedades y mantienen a las personas más saludables, disminuyendo el estrés y las tensiones cotidianas.

Como profesionales de salud o cuidadores, necesitamos estar al lado de nuestros pacientes, intentando captar esos talentos que muchas veces están ocultos en las cobranzas de lo cotidiano. La sensibilidad del profesional, asociada al profundo interés de querer aproximarse a esas personas, lo transforman en buscador de perlas.

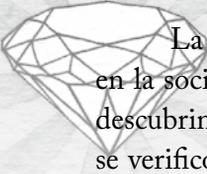
Independientemente de la línea terapéutica o del tipo de medicina que desarrollemos, necesitamos afinar nuestra sensibilidad delante del ser que sufre, buscando descubrir lo que necesita salir a la superficie y realizarse como ser integral. La reflexión de este tema puede ser un primer paso para muchas otras reflexiones. Lo más importante es ver en cada persona que atendemos, un manantial inagotable de aprendizaje y oportunidad de ofrecer amor y cariño.

En mi condición de médica, siempre me quedo agradecida por despertar en la mañana y saber que voy vivir un día pleno de experiencias de vida, en que puedo comulgar con mis pacientes y sus procesos resilientes; es un verdadero regalo!

CAPITULO 7



ESPIRITUALIDAD Y RESILIENCIA

A stylized diamond icon with a faceted surface, positioned to the left of the main text block.

La espiritualidad y la religiosidad han sido expresadas y vividas en la sociedad humana, desde los más remotos tiempos. A través de los descubrimientos arqueológicos de inscripciones en cavernas profundas, se verificó que en el período paleolítico superior³² ya había una relación mística del ser humano con sus actividades cotidianas. En ese período, el ser humano vivía fundamentalmente de la caza y de la recolección de vegetales, y su vida nómada no le permitía que se estableciera o construyera ciudades. Asimismo, los humanos creaban representaciones materiales, símbolos y rituales que recordaban la relación mística con la naturaleza. Con el surgimiento de la agricultura, en el período neolítico, el ser humano pasó a vivir en grupos mayores, propiciando las prácticas y rituales religiosos, además de construcciones específicas para la práctica mística – templos, pirámides, monumentos etc.

La historia revela que, en el período entre 2.000 y 10.000 a.C., los humanos, motivados por la Revolución Agrícola³³, se aglutinaron en grupos cada vez mayores, en aldeas, villas y ciudades, y desarrollaron variados rituales místicos, comenzando ya a organizarse en distintos cultos y religiones. En ese período en que la sobrevivencia de los grupos humanos dependía de la agricultura, los rituales eran dedicados a la protección de las plantaciones y a la expectativa de buenas cosechas. En el proceso

32 La prehistoria, período que antecedió a la invención de la escrita (datada en 3.500 años a.C.), fue dividida en tres períodos: Paleolítico (edad de la piedra lascada), Mesolítico (edad media de la piedra) y Neolítico (inicio de la metalurgia y de la revolución agrícola).

33 Revolución Agrícola o neolítica: movimiento que aconteció en la prehistoria y marcó el fin de los pueblos nómadas e inicio de la sedentarización del ser humano, con el consecuente surgimiento de las villas y ciudades.

histórico, la religión, la espiritualidad y la fe han sido colocadas entre las experiencias más significativas de la vida humana, ocupando una función de organización de la sociedad y de las leyes de convivencia. Hoy, sabiendo de la importancia de la religiosidad para el ser humano, pensamos que las ciencias deberían incluir, en su perspectiva paradigmática, esos referenciales como fenómenos fundamentales del comportamiento de las sociedades humanas y para la evolución de la conciencia.

En este capítulo, vamos abordar la fe, la espiritualidad, la religiosidad y sus relaciones con la capacidad de superar las adversidades, las enfermedades, el sufrimiento, los eventos traumáticos y estresantes. En este texto, el término *espiritualidad* es conceptualizado como *la sintonía del ser humano con lo sagrado*, independiente de estar integrada o no a una religión, siendo entendida como la búsqueda de comprender el significado de la vida y su relación con la trascendencia, conectada con algo mayor de que a sí mismo. Es consensuado pensar en lo sagrado como todo lo ligado a Dios, a la realidad trascendente y a otros aspectos de la vida que representen la divinidad: puede ser un lugar, un objeto, una actitud, o un ritual.

La palabra *spiritus* viene del latín y significa *soplo de vida*, siendo también usada en el sentido de alma viviente, persona después de la muerte, sinónimo de coraje, determinación o energía. Se refiere a alguna cosa trascendente, que nos conecta con algo mayor, algo que va más allá de lo tangible.

Adoptamos en esta reflexión el concepto de *religión* como un sistema organizado de creencias, dogmas, prácticas, rituales y símbolos, compartidos socialmente y dirigidos a ayudar a los individuos en los aspectos sagrados y/o trascendentes. Algunos autores distinguen el significado del término espiritual del término religioso. Para Griffith⁽¹²⁴⁾, la *espiritualidad* está más vinculada a la vida interior psicológica de los individuos, mientras que la *religión* se inserta en una connotación institucional y sociológica. El monje Marcelo Barros⁽¹²⁵⁾ denomina de espiritualidad “*todo lo que nos ayuda a vivir según el Espíritu, a partir de la energía divina presente y actuante en cada uno de nosotros, o sea, todo lo que hay de mejor dentro de nosotros mismos/as*”.

Para el Dalai Lama⁽¹²⁶⁾ existen dos niveles de espiritualidad: uno ligado a las religiones y a la fe, y otro ligado a los valores humanos fundamentales, valores que apuntan para lo que hay de bueno dentro de los seres humanos. Esta visión abre otra posibilidad de entender la espiri-

tualidad como el contacto con la esencia de lo humano, aquello que lo diferencia de los demás seres de la escala evolutiva: valores éticos, amor, justicia, moral, filosofía...

En este capítulo nos proponemos entender como el sentimiento de lo sagrado, o del sentido de la espiritualidad y religiosidad, puede interferir en la construcción de la resiliencia. En algunos momentos de la discusión, adoptaremos los términos *espiritualidad* y *religiosidad* (ER) en un conjunto, significando la misma cosa. Partiremos de la pregunta: ¿Cuál es la contribución de la espiritualidad y de la religiosidad en la superación de los traumas, del sufrimiento y de la enfermedad? ¿Cómo la espiritualidad y la religiosidad pueden ayudar en la resiliencia de la persona?

La espiritualidad y la religiosidad en las sociedades

Las creencias religiosas son elementos importantes de la cultura, son vistas como principios y valores cultivados por la humanidad. Aun en el mundo contemporáneo, las religiones asumen en algunos grupos humanos un valor de agregación, de identificación de las personas con algo que es común y los hace tener motivación para superar las adversidades. La identificación en torno a una creencia religiosa común, puede tener una función positiva de unión y desarrollo de una sociedad, pero puede también limitar ese grupo, trayendo posturas de exclusión, segregación y conflictos con las diferentes formas de pensar.

El Brasil tiene una población eminentemente mística y religiosa, muchos practican sistemáticamente una religión o se dedican a una fe. El contexto brasileño es rico de ejemplos y situaciones en que la relación entre la religiosidad, la superación del sufrimiento y del dolor se muestra evidente. Nuestra historia está llena de líderes o mártires que tuvieron también una función importante en las cuestiones sociopolíticas y al mismo tiempo representaron *emisarios divinos o salvadores*³⁴ para nuestro pueblo. Muy importante hacer el resguardo de que aun con amplios recursos de ER, todavía conocemos muy poco sobre su influencia en el

34 Tomamos como ejemplo Antonio Conselheiro, místico y líder de la comunidad de Canudos, que en final del siglo XIX, en el noroeste de Bahía, era visto como santo y salvador del pueblo. La Guerra de Canudos o Campaña de Canudos fue la confrontación entre el ejército brasileño y los integrantes de ese movimiento popular de fondo socio-religioso, liderado por esa figura mítica, hasta hoy poco comprendida. La recién creada República Brasileña, a través del ejército, buscó diezmar aquel conglomerado humano por entenderlo como una amenaza al poder instalado en Brasil.

comportamiento social y psicológico del pueblo brasileño; es necesario que se realicen más investigaciones en este campo, involucrando, principalmente, a los profesionales que cuidan de nuestra población.

En la práctica de la salud nos encontramos cotidianamente con declaraciones de personas relacionando la influencia de su fe y creencias en la superación de sus problemas y enfermedades. En la literatura mundial han sido desarrollados innumerables estudios verificando la asociación entre los factores ER y el proceso salud-enfermedad. Las cuestiones metodológicas de esos estudios son difíciles, pues envuelven muchas variables; generalmente son investigaciones realizadas en los servicios de asistencia de salud en el ámbito de las iglesias, analizando a sus adeptos y las relaciones con sus condiciones de salud. Aun con las dificultades, las investigaciones revelaron que, de modo general, las personas presentaron tasas bajas de enfermedades coronarias, hipertensión arterial, enfisema, cirrosis, suicidio; reducción de la intensidad de los dolores en pacientes con cáncer; mejor auto-percepción de la salud y menos utilización de los servicios de atención médica⁽¹²⁷⁾.

Sobre la relación de la religiosidad y el proceso salud-enfermedad, las opiniones de los científicos son muy divergentes, desde un escepticismo cínico hasta una postura tendenciosa defensora de la relación positiva⁽¹²⁸⁾. Algunos no se encuadran en esos dos extremos, pero creemos que los profesionales de la salud necesitan considerar este tema por una cuestión ética frente a sus pacientes y por comprender que la fe puede ser un instrumento importante en la superación de las enfermedades y traumas.

Como podremos aprovechar esa tendencia espiritual, creencias y valores de los pacientes en beneficio de su tratamiento y posible cura? Griffith⁽¹²⁹⁾ defiende que los cuidadores de la salud mental necesitan aproximarse a las cuestiones éticas, morales, religiosas y sentido de justicia, como parte de la evaluación clínica. Él considera que los profesionales pueden ayudar a los pacientes a tener más claridad en relación a sus decisiones ante sus creencias. Según ese autor, las religiones tienen tres funciones en la vida humana: sentimiento grupal de seguridad, influencia en las cuestiones morales del individuo y superación personal del dolor y del sufrimiento. Siguiendo esta dirección, si ampliáramos la gama de comprensión de las personas que sufren, vamos también a ayudarlas en la búsqueda de superación de sus males y, para eso, puede ser necesario estimular el contacto de las personas enfermas con algo más trascendente y de fuerza grupal dentro de sí mismo.

Entendemos que sea crucial abrirse un espacio de diálogo en las relaciones de cuidado, reflexionando sobre el objetivo de las religiones en la vida de las personas, y que sean incluidas en la anamnesis clínica, más allá del relato de los síntomas, los aspectos de la fe y de ER de los pacientes atendidos y como esos aspectos influyen sus vidas. Escuchar a las personas sobre su fe y creencias puede mostrar opciones de superación complementarias muy interesantes.

Los cursos de especialización en psiquiatría pasaron a incluir en sus materias el tema de la espiritualidad, y han orientado a sus participantes a considerar esta apertura como una forma de mejorar la credibilidad profesional y la alianza terapéutica con los pacientes. Más allá de los aspectos de la religiosidad, los orientadores han llamado la atención para la valorización de la cultura como algo intrínseco al ser humano, así como la moralidad, las expectativas personales, los conceptos psicológicos y sociales⁽¹³⁰⁾. Esta posibilidad ha ampliado mucho la visión del psiquiatra, estimulándolo a salir de sus reducciones conceptuales y tornándolo más humanizado e inclusivo.

Los profesionales no deben interferir en las decisiones religiosas de sus pacientes, por el contrario, deben disponerse a un diálogo abierto para que ellos expresen sus preocupaciones y sus creencias libremente. La práctica de una religión puede afectar la vida de las personas, interfiriendo en el espacio social, en la salud, en la enfermedad y en la recuperación. De un modo general, las personas que participan con regularidad de alguna iglesia están menos expuestas al uso de tabaco, drogas, conductas peligrosas y frecuentar bares, por ejemplo. Por otro lado, una intensa identidad religiosa deja a las personas vulnerables a los *predadores sociales* que manipulan grupos religiosos a través de un lenguaje de fe mercantilizada. La creencia y la práctica religiosa interfieren en la forma como la persona percibe, piensa o responde a los problemas para los cuales busca tratamiento⁽¹³¹⁾. La historia pone en evidencia que la religión puede ser, contradictoriamente, una fuerza poderosa al promover la paz o la guerra, la salud o la molestia mental, comportamiento pro-social o antisocial, racismo o universalismo, felicidad o miseria. En esta reflexión abordaremos los aspectos de la espiritualidad y/o religiosidad que contribuyen positivamente a la superación de los traumas y de las enfermedades, más allá de poder contribuir con la conciencia y evolución humanas.

Entonces se vuelve fundamental preguntarse, cuál es la postura que los cuidadores deberían tener ante las personas que presentan una rela-

ción estrecha con la ER?. En la práctica, queda evidente que las personas religiosas necesitan que su médico, aun no siendo una persona religiosa, pueda comprender y acoger sus sentimientos o creencias. Los pacientes, cuando escuchan o perciben en la expresión facial del profesional un “*aire de incredulidad*”, no se quedan cómodos y sienten que algo muy precioso en sus vidas está siendo despreciado. Esa falta de acogida, no perjudica solo la relación del paciente con su concepción espiritual, puede minar la relación terapeuta-paciente y ser la tela de fondo para los reveses terapéuticos.

La experiencia evidencia que es importante demostrar interés y acoger los sentimientos religiosos de sus pacientes y creer que, para esa persona, sus creencias son reales y que pueden funcionar como un instrumento en favor de su mejoría. Como médicos no necesitamos ser religiosos, debemos apenas respetar la creencia de la persona que está bajo de nuestros cuidados, demostrando que *creemos en la persona que cree*.

El investigador y psicólogo Kenneth Pargament se ha dedicado al estudio de la conexión entre los aspectos de la religiosidad, salud mental y capacidad psicosocial. En su libro *Espiritualidad integrada a la Psicoterapia*, él afirma que la espiritualidad es una parte extraordinaria de la vida de las personas, y la religión puede ser un recurso positivo en situaciones de estrés. En esa obra, el autor considera una concepción de espiritualidad más amplia y afirma que:

La espiritualidad no está reservada solo para tiempo de crisis y transición. Nosotros podemos encontrar espiritualidad en la pieza musical, en la sonrisa de un extraño pasando, en el color del cielo cuando está nublado, en la oración de gratitud al despertar. La espiritualidad puede revelar la manera de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarse con el prójimo⁽¹³²⁾.

De modo general, los psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de salud mental se sienten incómodos al abordar cuestiones espirituales con los pacientes, y éstos evitan hablar de su fe por miedo de que sean juzgados y vistos como *ignorantes* o *locos*. Al final del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, las creencias y prácticas religiosas estaban siempre asociadas a cuadros psicopatológicos, pero investigaciones recientes sugieren que para muchos pacientes la espiritualidad y la religión son

recursos saludables para lidiar con el estrés de la vida y con las enfermedades⁽¹³³⁾. Como forma de conocer mejor la relación entre espiritualidad y salud mental, recientemente la Asociación Mundial de Psiquiatría creó en su cuadro, un sector para estudiar la relación entre psiquiatría y los aspectos transcendentales de la conciencia.

Ángela, una paciente de 37 años, fue llevada al consultorio por su compañero. Su historia revelaba muchos tratamientos psiquiátricos interrumpidos en el pasado. La paciente se negaba a tomar medicación para sus síntomas psiquiátricos porque creía que eran originados de su mediumnidad³⁵. Durante la consulta, habló de su ansiedad y angustia ante la impresión de catástrofes y acontecimientos que la humanidad iría a enfrentar. Ángela describió síntomas de inquietud y desasosiego, como consecuencia de las visiones que le acompañaban día y noche, trayendo mucho dolor y sufrimiento. Se sentía muy culpada, pues creía que necesitaba hacer algo para impedir los acontecimientos percibidos en sus premoniciones, pero se sentía absolutamente impotente frente a ellos.

Al inicio de las consultas, la paciente se mostró muy resistente al tratamiento porque sentía que los profesionales no creían en ella, y eso le dejaba poco confiante para aceptar cualquier sugerencia dada por los médicos anteriores. Para Ángela, aceptar los medicamentos sería como aceptar el hecho de ser vista como loca y eso le era insoportable. Por ese motivo procuramos establecer en las primeras consultas un vínculo terapéutico, dejando de lado las teorías neurobiológicas de formación de los síntomas psicóticos y buscando entender realmente como esos síntomas eran comprendidos en el mundo conceptual de la paciente. En esos encuentros, Ángela pudo hablar más a gusto de su historia familiar. Relata que ha sido criada en una familia espiritista, en la cual su madre y algunas tías “presentaban mediumnidad al recibir avisos del mundo espiritual y percibir las situaciones antes de que sucedan”. Creía que si ella negara esa característica en sí misma, estaría traicionando la creencia de su familia, sobre todo porque su madre, fallecida hace cinco años, se sentía muy orgullosa de la sensibilidad especial de la hija.

35 Mediumnidad: nombre dado por la religión Espiritista al fenómeno de comunicación de la persona con el mundo espiritual. Según las enseñanzas de esa religión, la persona presenta atributos de sensibilidad que le permiten tener acceso a enseñanzas o informaciones de otros planos energéticos a través de la psicofonía, visión, audición, intuición etc. Según ese cuerpo doctrinario, todas las personas tendrían algún grado de mediumnidad.

A partir de la acogida afectuosa y comprensiva que hicimos, la paciente se reveló más segura y protegida en la relación terapéutica, no se sentía juzgada por ser diferente y tener algo diferente y que, aunque ella se entendiera como parte de sus creencias, sabía que eran síntomas fuera de lo convencional de la vida de las personas. La confianza que se fue estableciendo permitió que ayudáramos a la paciente a comprender que, independientemente del origen de esos síntomas, si cerebral o espiritual, estábamos frente a una situación que le impedía desarrollar favorablemente su vida y que el sufrimiento de angustia y desesperación ante las visiones destruía sus proyectos y le impedía tener una relación saludable con su esposo y sus dos hijos. Lo que enfatizamos no fueron propiamente los síntomas, pero sí en lo que ellos le causaban sufrimientos y la imposibilidad de vivir normalmente. El enfoque fue dado más al contexto del sufrimiento vivido y su significado, de que propiamente a la búsqueda de la etiología o naturaleza de los síntomas.

Al mismo tiempo que iniciamos la medicación específica, orientamos para que la paciente inicie un camino de salud emocional, con psicoterapia, para identificar lo que le pertenecía y lo que era de la herencia cultural y de la religiosidad familiar que ella traía, y se fuera de su voluntad, que buscara ampliar su conocimiento sobre esos fenómenos de una forma más clara y más consciente. Lógicamente que la decisión de dedicarse al estudio de sus creencias era únicamente de la paciente, pero como médica asistente, nuestro apoyo a esa búsqueda reforzaría los mecanismos de autorización y empoderamiento de su persona frente a aquello que le oprimía y le dejaba impotente ante la vida.

La experiencia vivenciada con la paciente refuerza la necesidad de distinguir que cada uno tiene su propia manera de percibir el mundo y de relacionarse con la vida, no nos cabe a nosotros, pues, juzgar cualquier creencia, visión o sentimiento de nuestros pacientes. Este es el secreto de una relación terapéutica respetuosa y promisoría.

~

Las dos líneas de referencia de la psicología – psicoanalítica y comportamental – han acarreado una visión muy negativa de las religiones, resaltando los aspectos de manipulación y del padecimiento de las poblaciones. Pargament⁽¹³⁴⁾ afirma que los profesionales completan la graduación, sin estar preparados para lidiar con los asuntos de la religión

y espiritualidad de los pacientes, lo que discurre en el hecho de la que academia ofrece una visión limitada de los aspectos psicológicos, al no incluir los aspectos éticos, culturales, existenciales o aun espirituales. Según ese investigador, el bagaje traído por los estudiantes es contradictorio en cuanto a la importancia de la religiosidad de las personas, ya que “la espiritualidad representa un recurso significativo para vivir, particularmente en la lucha con la limitación y la finitud humana”⁽¹³⁵⁾.

Dicotomía entre mente y cuerpo

Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana.

C. G. Jung

En la formación del profesional de salud es enfatizada la dicotomía entre mente *versus* cuerpo, emoción *versus* razón, espíritu *versus* materia, fe *versus* ciencia. Esa dicotomía genera polaridades y compele a los profesionales a que adopten el lado *científico* en detrimento de los aspectos espirituales y religiosos de la persona que necesita de cuidado, contraponiéndose a la visión más amplia del ser humano. Francis Collins, investigador norteamericano, director del Proyecto Genoma, cree que debemos retener el poder de las perspectivas científicas y religiosas para “buscar la comprensión de aquello que vemos como de aquello que no vemos”⁽¹³⁶⁾. En la opinión de este estudioso, no hay conflictos entre el ser científico que estudia la naturaleza y su creencia en Dios. El conflicto entre la práctica científica y la fe o religión lleva a actitudes de retraimiento, dificultad de hablar sobre sus tendencias y, a veces, a negar su relación íntima con la espiritualidad.

Los estudios de la física cuántica que ampliaron el conocimiento de las leyes de la naturaleza – leyes mecánicas y leyes cuánticas – estimularon la aproximación entre la perspectiva científica y la religiosa. Amit Goswami, físico cuántico e investigador de la Universidad de Calcuta⁽¹³⁷⁾, está estudiando esa área de la física como substrato para comprender la relación entre los fenómenos materiales y espirituales. Ese investigador defiende el *idealismo monístico* como alternativo al *realismo materialista*, postulando que todo – inclusive la materia – existe en la conciencia y es

por ella manipulado. En la visión de Goswami, la realidad de la materia es secundaria a la de la conciencia, que es en sí el fundamento de todo ser. En la visión materialista, diferentemente, todo, inclusive la conciencia, proviene de la materia, siendo la mente considerada un epifenómeno del cerebro. En la propuesta del *idealismo monístico*, la conciencia es fundamental y las experiencias espirituales son reconocidas y validadas como dotadas de pleno sentido. “De este punto de observación, vemos que algunos de los conceptos de las varias tradiciones religiosas se tornan lógicos, elegantes y satisfactorios, en cuanto a la interpretación de los experimentos de la física cuántica”⁽¹³⁸⁾.

Tomando como referencia la física cuántica, podemos afirmar que la perspectiva científica y espiritual se integra en una visión holística de la realidad, de forma que cuando el paciente presenta un problema, expone síntomas visibles en el cuerpo físico, más allá de un sufrimiento existencial oriundo de la conciencia del *self*³⁶, *como es denominado por la psicología junguiana*. Defendemos que, como médicos y terapeutas, debemos acoger nuestro paciente en toda su plenitud, no separando en partes su naturaleza, que también es indisoluble. Cuanto mayor fuera nuestra disponibilidad para comprender al otro, menos riesgos tendremos en separar los niveles que componen su existencia. La divinidad dentro de cada ser se revela siempre, sin importar el punto de partida, si de estudios científicos sobre la vida o de las profundas reflexiones teológicas. En la medida en que se adentra el conocimiento del ser, más inseparables son sus realidades o dimensiones.

El cerebro y la religiosidad

En este libro estamos incluyendo, más allá de las tendencias psicológicas y filosóficas de la religiosidad, la reflexión sobre el funcionamiento cerebral, sus correlaciones estructurales y la conciencia. Varios estudios del área han apuntado para la existencia de peculiaridades neuro-anatómicas que pueden ser intrínsecas al proceso de la espiritualidad y de la fe, y las correlaciones entre las estructuras neurológicas y el comportamiento humano.

Según el neurólogo Paul McLean, la evolución del cerebro humano es marcada por tres niveles anatómicos y funcionales: cerebro rep-

36 *Self*: termo utilizado por la Psicología Analítica o Psicología Junguiana para representar el “sí mismo”. Para C. G. Jung, el sí mismo es el centro de toda la personalidad, de él emana el potencial energético de que la psique dispone.

tiliano, sistema límbico y neocórtex. Estos tres niveles de complejidad creciente fueron sumándose uno al otro, en la medida en que se procesaba la evolución de las especies. El cerebro reptiliano o cerebro instintivo, encontrado primeramente en los reptiles, compuesto por el tronco cerebral y ganglios de la base, tiene como principal función la autoprotección, auto-preservación de la vida y la reproducción. Esa estructura está ligada fundamentalmente al comportamiento de territorialidad, conflictos de poder y competitividad; se caracteriza por el comportamiento impulsivo y, en el ser humano, gobierna todos los instintos.

El sistema límbico, también llamado *segundo cerebro* o *cerebro emocional*, tiene como principal función la percepción de las emociones y el control visceral. Sus estructuras anatómicas se superponen al cerebro reptiliano, proporcionando a los animales, a partir de los mamíferos inferiores, emociones, empatía, sociabilidad, motivación, propósito y memoria. En el ser humano, esa estructura, denominada actualmente de *psicoencéfalo*, puede ser vista como el eslabón esencial entre emoción y cuerpo y está ligada a los varios tipos de memoria, espacio vital, moldeo de la propia identidad, sentido de realidad, sentimiento de lo sagrado y entendimiento de lo divino⁽¹³⁹⁾. Marino Jr., neurocientífico de la Universidad de San Paulo (USP-SP), levanta la hipótesis de que la esencia del ser humano está en el nivel límbico, lugar donde se procesa la modulación de los estímulos internos y externos para que después se integren a las actividades corticales o conscientes.

Gran parte del conocimiento sobre la región límbica vino de síntomas y declaraciones de pacientes con lesiones en esta área. Estudios sobre la epilepsia del lóbulo temporal – región cerebral integrada a las estructuras del sistema límbico-amígdala e hipocampo – muestran la relación neuro-anatómica con los aspectos de la religiosidad. Muchos pacientes cuando son sometidos a neurocirugía y esas estructuras son estimuladas con un electrodo local, describen experiencias de éxtasis religiosos, comunicación con la divinidad, sensación de salida del cuerpo y vivencias que juzgan ser estados de iluminación interior⁽¹⁴⁰⁾. Aún de acuerdo con ese neurocientífico existen áreas en el cerebro humano responsables por la generación de una conciencia espiritual o religiosa que probablemente está localizada en la región límbica.

La constatación de áreas sensibles a los aspectos más sutiles de la conciencia, puede ser hecha en la práctica clínica de la neuropsiquiatría. En treinta años de escucha clínica, hemos atendido pacientes con quejas

psíquicas aliadas a síntomas denominados de paranormales: premoniciones en sueños o en vigilia; sensibilidad exacerbada ante la emoción del otro; visiones, sobre todo en la infancia y adolescencia; salida del cuerpo; éxtasis religiosos. Más allá de esos síntomas, los pacientes se quejan de irritabilidad fácil, inestabilidad del humor, cefalea crónica, parálisis de sueño, *dejà vu*, sonambulismo, e historia de convulsiones febriles o epilepsia en la infancia. Esos pacientes generalmente presentan, en el estudio electroencefalográfico, focos irritativos en la región fronto-temporal.

Esta observación relatada muestra un ejemplo de sensibilidad psíquica asociada a síntomas psiquiátricos, pudiendo sospecharse de alguna disfunción existente en la interfaz entre la neurología y las características de sensibilidad o para-normalidad, cuya etiología puede ser la irritabilidad del sistema límbico o en la conexión fronto-temporal más específicamente. El tratamiento convencional tiene poca respuesta, debiendo el paciente recibir medicamentos que reduzcan la sensibilidad eléctrica del tejido cerebral del sistema límbico.

A su vez, el neocórtex es la más actual adquisición evolutiva del cerebro; intensificó su desarrollo en los mamíferos superiores con la culminación máxima conocida en el ser humano. Está presente en la actual configuración desde cerca de un millón de años. Esta área noble, se relaciona con las funciones del pensamiento abstracto, conciencia, funciones cognitivas superiores, adquisición de las palabras y de los símbolos, conocimientos, habilidades y experiencias acumuladas, finalidades que nos distinguen de los otros animales.

El neocórtex está dividido en regiones denominadas lóbulos cerebrales; ellas son: frontal, parietal, occipital, temporal e ínsula³⁷. Entre los lóbulos, el lóbulo frontal representa un salto importante de la función cognitiva superior del hombre. Sus funciones incluyen el pensamiento abstracto y creativo, la fluencia del pensamiento y del lenguaje, respuestas afectivas y capacidad para conexiones emocionales, juicio social, voluntad y determinación para acción y atención selectiva. Alcanza su expresión evolutiva máxima en el ser humano.

El córtex del área pre-frontal es una de las regiones más importantes en el involucramiento del comportamiento complejo. Esa región organiza pensamientos y acciones de acuerdo con el objetivo que la per-

³⁷ Córtex cerebral localizado internamente de los lobulos temporal y parietal. Está relacionado a la conciencia y tiene un papel en las funciones ligadas a las emociones, regulación del cuerpo (homeostasia), percepción, control motor, auto-conciencia y función cognitiva.

sona se propone; está relacionada a la reactivación de la memoria y regulación del humor, características importantes en el comportamiento social⁽¹⁴¹⁾. Lesiones en esa área pueden causar alteraciones de comportamiento como inhibición de la autocrítica, falta de control y regresión en las adquisiciones del carácter y valores.

Lidia, una joven de 29 años, trajo a la consulta una queja mal definida de inestabilidad emocional, con síntomas de irritabilidad fácil, explosiones psíquicas e intolerancia con los más cercanos. Relató sentirse muy incomodada, sobre todo por no haber tenido todavía relaciones afectivas duraderas por cuenta de su “mecha corta”. En la historia clínica, reveló haber tenido convulsiones febriles desde los 18 meses hasta los 4 años de edad, visiones en la infancia, y humor melancólico en la adolescencia. Se sometió a varios electroencefalogramas que demostraron lentificación de las ondas cerebrales en las áreas frontal y temporal izquierda. Como no hubo confirmación de los criterios para el diagnóstico de epilepsia, la paciente no recibió tratamiento específico y continuó con los síntomas antes descritos.

Esta paciente desarrolló muy bien sus cualidades intelectuales y profesionales, pero su inteligencia emocional siempre dejó que desear en virtud de su inestabilidad de humor, falta de control e impaciencia con las personas. Desde los 23 años de edad está sometiéndose a varios tratamientos psiquiátricos con antidepresivos, pero sin respuesta terapéutica adecuada.

En las primeras consultas, la paciente se limitó a hablar de los síntomas relacionados al humor y a la irritabilidad. Cuando se sintió más en confianza en la relación terapéutica, contó que presentaba algunos síntomas “raros” que no había revelado a otras personas hasta entonces. Relató ser una persona sensible, perceptiva de la energía de las personas y del ambiente. Dijo también que no le gusta participar de eventos sociales, pues pasa mal y “siente que absorbe las emociones negativas de las personas a su alrededor”. Se refirió a sus premoniciones, tanto durante la vigilia como a través de sueños, ocasiones en que presentía o soñaba con la muerte de alguien, y algunas de ellas se confirmaban días después. Esas percepciones le causan gran ansiedad, en razón, dice ella, de no poder hacer algo para evitar y, al mismo tiempo, se siente culpable cuando ocurre algo malo, que ella ya había percibido a través de las mencionadas manifestaciones. Lidia declaró presentar frecuentemente síntomas de *dejà vu*, parálisis de sueño, salida del cuerpo, cefalea constante y, a veces, síntomas

de desenfoque de la realidad con olores que recuerdan velas quemadas. Se siente muy avergonzada por tener esos síntomas y se siente diferente de los demás; llega a pensar “que se está volviendo loca”. Intentó varios tratamientos espirituales, pues siente que tiene una sensibilidad fuera del convencional y “que solo se explicaría con el conocimiento de otras dimensiones”.

Las informaciones suministradas en la consulta llevaron a la sospecha diagnóstica de un foco irritativo de la región fronto-temporal, lo que fue confirmado a través de EEG que reveló ondas anormales en esa región. Posteriormente, la buena respuesta terapéutica obtenida con los medicamentos anti-convulsivantes, reafirmó la sospecha diagnóstica de lesión neurológica en áreas fronto-temporales como causa de los síntomas vivenciados por la paciente.

La situación de Lidia sugiere muchas reflexiones. Primeramente, la necesidad de una atención mayor a la configuración sintomática entre el campo de la psiquiatría y de la neurología. El conocimiento de las estructuras cerebrales por parte de los neurólogos y el conocimiento de la neuroquímica por parte de los psiquiatras, algunas veces no se integran entre sí y el paciente no es visto bajo la égida del conocimiento de los cuadros fronterizos entre esas dos especialidades. La segunda reflexión se asienta en las relaciones entre el campo psíquico y el campo de los fenómenos sensitivos o espirituales. En la gran mayoría de los casos, los pacientes quedan huérfanos tanto del lado de los profesionales como de los orientadores espirituales. Para que haya una asistencia adecuada, se hace menester juntar las informaciones de esas áreas y comprender el conjunto, sabiendo que las áreas cerebrales están dotadas de sensibilidad, cuyas funciones aún se encuentran en proceso de investigación por los especialistas. Simplemente negar los hechos, sin una búsqueda más profunda de lo que está sucediendo solo perjudica a la persona que sufre. De un lado, los profesionales solo consideran lo que ya fue identificado por la medicina, del otro lado, los conocedores de los fenómenos sensitivos desconocen las relaciones con el cerebro, sin ayudar a los pacientes a buscar alternativas que de hecho les ayuden a comprender y superar el problema.

En la situación de Lidia, los síntomas demostraron un entrelazamiento que podría sugerir diagnóstico neurológico, psiquiátrico o incluso una sensibilidad diferenciada. Excluir cualquier de uno de esos lados llevaría a la imposibilidad de ayudar a la paciente y dejarla sin alternativas de tratamiento. La propuesta del abordaje integrado no rechaza ni niega

la veracidad de los hechos; confirma la existencia de los fenómenos y la necesidad de aliviar el sufrimiento de la persona. Como comentamos anteriormente, el médico necesita estar siempre abierto para abrazar situaciones aun fuera de su campo conceptual o de creencias, no pensando sobre la veracidad o no de las situaciones, porque independientemente de ser una verdad conocida, estas pasan como algo verdadero, vivenciado por el paciente. O sea, aquello que el paciente ve o siente se torna en su verdad.

Con el tratamiento, más allá de la buena evolución clínica, Lidia mejoró mucho su autoestima porque se sintió acogida en su particularidad, pasando a aceptar su sensibilidad. Inclusive buscó comprender mejor los fenómenos vivenciados y de ayudar las personas que sufrían del mismo mal. El tratamiento farmacológico fue una parte del proceso terapéutico, pues creemos que la aceptación y el refuerzo positivo fueron fundamentales en la conquista de su desarrollo personal y emocional.

~

La propuesta de buscar entender la fe y la espiritualidad en términos de la neuro-anatomía se basa en la necesidad de, una vez más, integrar los fenómenos psíquicos y espirituales en un contexto que incluye también el conocimiento de la neurofisiología cerebral, más allá de los aspectos psicológicos, filosóficos y existenciales. Podemos afirmar que muchos estudios neurocientíficos están siendo identificados como puentes entre la neurociencia clásica y la capacidad del ser humano de trascender la conciencia fisiológica y alcanzar otros niveles de percepción.

Varias líneas de investigación han analizado los efectos de la oración y de los estados meditativos sobre la salud física y emocional de las personas. Carlos Eduardo Tosta, médico e investigador de la Universidad de Brasilia, se ha dedicado desde hace varias décadas a comprender los efectos de la meternegia³⁸ sobre los seres vivos. Una de esas investigaciones fue el estudio de los efectos de la oración intercesora sobre la fagocitosis³⁹ humana⁽¹⁴²⁾. Los resultados demostraron que los individuos que recibieron la meternegia a través de la oración presentaron en la eva-

38 Acción de la conciencia a distancia como fenómeno no localizado más allá del tiempo y del espacio.

39 Fagocitosis: proceso por el cual las células del sistema inmunológico engloban partículas extrañas existentes en la circulación o en el tejido orgánico como forma de protección y reabsorción de procesos inflamatorios.

luación de las células sanguíneas una eficiencia mayor en la capacidad de fagocitosis, o sea, mayor capacidad de anular los agentes invasores de los tejidos orgánicos y, consecuentemente, mejor defensa inmunológica.

La meditación ha sido investigada en los grandes centros universitarios como recurso de tratamiento y prevención de enfermedades. Meditar significa focalizar la mente, llevando a un estado de relajamiento físico y mental; significa entrar en un estado fuera de tiempo y espacio, fuera de la racionalidad y de la repetición monótona de la mente humana. En ese estado atemporal, las células neuronales entran en contacto con sus capacidades más sutiles y así reabastecen la habilidad de verse más allá de lo convencional, de sentir el mundo sutil y de desarrollar la creatividad. Los resultados de esas investigaciones han demostrado que las técnicas de meditación pueden proporcionar reducción de la ansiedad y del cansancio mental, mejorando la atención y la concentración. Ese estado meditativo proporciona la armonización del sistema psico-neuro-inmunológico y endocrino, lo que lleva a proteger el organismo contra enfermedades infecciosas, degenerativas y mutaciones cancerígenas. Además, transforma las emociones negativas en emociones positivas, volviendo a las personas más sensibles, serenas y amorosas. Los resultados de la meditación están relacionados con los estudios de la psico-neuro-inmunología que relaciona los efectos de las emociones negativas sobre los estados patológicos.

Los estudiosos de la meditación en el área de la salud, verifican que la meditación reduce los estados de estrés crónico, ya que equilibra el sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático. Más allá de esto, está comprobado que en el estado meditativo ocurre liberación de la hormona melatonina, originada en la glándula pineal⁴⁰ del cerebro. En la oncología, esa práctica estimula el sistema inmunológico antitumoral, lo que viabiliza el bloqueo del efecto inmunosupresor de la ansiedad, más allá de crear un estado psíquico de optimismo y elevar la capacidad de auto-cura.

En el desarrollo de esa línea de investigación fue realizado un estudio sobre la influencia de la meditación pránica sobre la calidad de

40 La glándula pineal o hipófisis está localizada entre los dos hemisferios cerebrales y tiene como función la regulación de los llamados ciclos circadianos, que son los ciclos vitales (principalmente el sueño y la vigilia), y el control de las actividades sexuales y de reproducción. Esta glándula fue considerada por René Descartes (siglo XVII) el punto de conexión entre el cuerpo y la alma. Actualmente, muchas investigaciones han sido desarrolladas en el sentido de confirmar la hipótesis de la capacidad transcendental de ese órgano. Presenta en su constitución cristales de apatita que vibran con las ondas electromagnéticas del medio ambiente.

vida, salud física y emocional y los niveles hormonales de 74 recientes practicantes de esa meditación⁽¹⁴³⁾. Los resultados mostraron que la modalidad de meditación pránica, contribuyó para un aumento significativo de la calidad de vida de los participantes, más allá de haber reducido las complicaciones clínicas, reducción de la ansiedad, de los síntomas depresivos y reducción de los niveles de corticotrofina⁴¹. Con esos resultados, el investigador tiene motivos para afirmar que la meditación pránica puede ser un método complementario del restablecimiento y manutención de la salud. La práctica de la meditación pránica considera la existencia de una energía denominada de *prana* que puede influenciar la organización de las células y ayudar en la regeneración de los tejidos, por lo tanto está relacionada a la salud física y emocional de las personas.

Algunos neurocientíficos han investigado sobre fenómenos que *a priori* eran considerados eminentemente místicos o parapsicológicos, tales como experiencias extracorpóreas, experiencia de casi muerte (ECM), alteración de la realidad o estados meditativos. La *experiencia de salida del cuerpo* es un fenómeno que envuelve típicamente la sensación de fluctuación fuera del propio cuerpo que, en algunos casos, percibe el cuerpo en otro lugar. El término fue introducido por George N. M. Tyrrell, en 1943, y después adoptado por varios investigadores del asunto. El investigador Waldo Vieira⁽¹⁴⁴⁾ describió el fenómeno como una proyección de la conciencia que puede suceder espontáneamente o ser inducido por drogas psicodélicas; puede ocurrir aún en la fase intermediaria entre vigilia y sueño, durante un trauma cerebral o por estímulo eléctrico de algunas áreas cerebrales.

Algunos estudios revelan la relación entre las áreas cerebrales específicas y fenómenos paranormales o espirituales. Por ejemplo, el investigador suizo Olaf Blanke⁽¹⁴⁵⁾ estudió el fenómeno de experiencias extracorpóreas a través de la estimulación eléctrica en el área del giro del cíngulo en la región del sistema límbico (cerebro emocional) en personas que se encontraban sometidas a cirugía para epilepsias. Las investigaciones sobre la *experiencia de salida del cuerpo* han sugerido que el área entre los lóbulos parietal y temporal, sea fundamental para la experiencia de la conciencia del *self* normal, mediando la unidad espacial del *self* y del cuerpo y que esa región está directamente implicada en las experiencias de la salida del cuerpo⁽¹⁴⁶⁾.

41 Hormona estimulante de la liberación de Cortisol que está ligado a la presencia del estrés.

Raymond Moody escribió en 1975 el libro *Vida após a vida*, que obtuvo una gran repercusión en la comunidad médica. Esa obra relata *experiencias de casi muerte* (ECM) de pacientes en UTI que tuvieron muerte clínica y fueron resucitados. En el conjunto de los testimonios era común la de la visión del cielo, de Dios o alguna manifestación de una realidad espiritual y sensación de caminar en dirección a la luz. Otras obras sobre el tema relatan además la transformación personal sufrida por las personas que tuvieron la ECM, en el sentido de valorizar más la vida, de dedicarse a la espiritualidad, a la presencia del sentimiento de que la muerte no existe y que la vida es solo un pasaje. Marino Jr.⁽¹⁴⁷⁾ describe que después de la vivencia de ese fenómeno, las personas pierden el temor a la muerte, pasan a creer en la pos-vida, cambian los valores sobre la vida, pasan a demostrar amor y compasión por sí mismo y por los otros, y también se tornan más intuitivos y adquieren mejor comprensión sobre el mundo.

Siguiendo esa línea de investigación, el neurocientífico Kevin Nelson⁽¹⁴⁸⁾ estudió el fenómeno de la ECM y afirma que la experiencia espiritual tiene cualidades instintivas, originadas en la parte más primitiva del cerebro, con interconexiones fundamentales al sistema límbico o cerebro de las emociones. Aunque cree que la base de la espiritualidad sea primal, el autor afirma que

(...) el futuro de la neurociencia sobre el estudio de la espiritualidad nos ayudará a distinguir las vías primales de nuestra espiritualidad de las vías asociativas, imaginarias y de los pensamientos ligados a regiones cerebrales superiores. Vamos finalmente a comenzar a entender como la espiritualidad toma forma en el córtex cerebral⁽¹⁴⁹⁾.

La búsqueda de sentido

Antes de abordar la relación entre fe, espiritualidad y superación de las enfermedades, vamos a hablar un poco sobre la búsqueda de sentido. En el área de la psicología ha sido resaltado el trabajo del médico Víctor Frankl^{11 (150)} que, a través de la logoterapia, asoció los aspectos del desarrollo histórico personal a la búsqueda de sentido. Según esa línea terapéutica, la fuerza motivadora fundamental del hombre es la *voluntad de sentido* y cuando ocurre una frustración, se crea un campo vulnerable al vacío existencial.

En lo cotidiano de la atención en el consultorio, constatamos el gran número de personas que llegan con quejas psíquicas de tristeza, melancolía, falta de ánimo, normalmente caracterizadas como trastornos de depresión, ansiedad, pánico, momentos de pavor frente al vacío, y la angustia de la desintegración. Después de la anamnesis de costumbre, cuando se enfoca la historia de la enfermedad, de los antecedentes personales y hereditarios, queda evidenciado que los motivos que verdaderamente hacen sufrir a estas personas, están ligados al sentimiento de un *vacío existencial*.

No siempre las personas dan apertura al abordaje de esa temática, pues buscan en la consulta una “cura” inmediata de los síntomas clínicos, que son la punta del *iceberg*. La utilización de la medicación es una forma de atenuar el sufrimiento expresado en el cuerpo, para después conseguir el camino en dirección al *self*, la substancia profunda del ser. La secuencia de las consultas va facilitando la proximidad y vislumbrando la comprensión del dolor real que aflige a ese paciente. El proceso de comprensión de la persona en el espacio terapéutico, solamente ocurre en base a la confianza y empatía mutuas.

Siempre nos llamó atención la posibilidad de que hay algo más profundo y significativo en la comprensión de los cuadros clínicos psiquiátricos o psicosomáticos. En las reflexiones desarrolladas por las líneas terapéuticas, sobre todo por la logoterapia, se puede identificar ese núcleo del sufrimiento como el *vacío existencial* que, en esas situaciones, se va disfrazando de síntomas clínicos y muchas veces encuadrado equivocadamente como trastornos psiquiátricos.

En la continuidad del tratamiento, en la medida en que la relación médico-paciente se va estrechando, vamos explorando mejor las aspiraciones y objetivos de vida de esas personas, lo que lógicamente es posible a partir de la profundización de su historia de vida. Esta exploración se vuelve posible también por el reequilibrio neuroquímico realizado simultáneamente con la búsqueda de la comprensión de la angustia y del sufrimiento evidenciado a través del proceso psicoterapéutico. Dependiendo de la persona, se abren caminos a través de las artes, de la espiritualidad, de la intelectualidad, de la filosofía, del crecimiento personal o del equilibrio emocional. Creo que todos los canales son caminos interesantes para llegar a la esencia y al sentido de la vida. Esos canales son puertas construidas por la historia de vida o cultura familiar, o también por búsquedas personales que se abren para viabilizar el contacto con la esencia más

profunda del ser. En general, las personas que demuestran más confianza en el *sentido de la vida* tienen más aceptación del tratamiento y rapidez en la recuperación.

En la salud mental ha sido evidenciado un aumento de la incidencia de depresión y ansiedad en la sociedad contemporánea. La Organización Mundial de Salud (OMS) emitió un parecer diciendo que hasta 2020 la depresión estaría en primer lugar entre las enfermedades más incapacitantes. Ese dato puede reflejar los efectos deletéreos de la vida de consumo y de la falta de sentido que impera en el mundo actual. El *vacío existencial* tal vez ha sido la gran fuente de sufrimiento y de generación de enfermedades.

La fe y la superación de enfermedades

Comprender la relación entre fe y superación de enfermedades es fundamental para comprender como la resiliencia se desarrolla en algunas personas. Los profesionales de salud bregan cotidianamente con este tema, pero muchas veces no se sienten preparados y evitan abordarlo con los pacientes o con sus familiares. Esa dificultad puede generar un distanciamiento en la relación entre ellos y los pacientes, que muchas veces pueden sentirse solitarios en la tentativa de unir su fe con la superación de su problema.

En el inicio de este capítulo hablamos de la presencia milenaria de la religiosidad en la caminata humana y también abordamos la diferencia entre *espiritual* y *religioso*. Hablamos también del conocimiento sobre la actuación de la fe y de la espiritualidad al cuidar de las personas que buscan tratamiento médico o psicológico. En esta parte del capítulo vamos a reflexionar sobre la forma como el sentido de la espiritualidad ayuda a construir la capacidad resiliente.

Creemos que es muy difícil abordar el tema de la espiritualidad sin perder de vista la imparcialidad y la capacidad de claridad frente a esas cuestiones. Cuando percibimos por el bies del sacerdote o del religioso, queda más fácil abordar, pues el asunto es traído entremediado con la fe y la creencia en aquello que se aborda. Cuando estamos en el entorno médico científico, tendemos a colocar ese asunto en un compartimiento prohibido, pues se comprende que el tema de la espiritualidad amenaza la "*credibilidad*" de los profesionales frente a sus pacientes. Entonces, ¿cómo

hacer para vincular las declaraciones presentadas por los pacientes y aprovecharlas en beneficio de ellos mismos, cuando se pertenece al mundo de la ciencia, de manera de no perder la apertura necesaria para no excluir las cosas no comprendidas o desconocidas?

Esta obra no pretende responder con profundidad esta pregunta, pero vamos a exponer algunas ideas y de a pocos hilvanar los temas y las informaciones, a manera de motivar más preguntas, que propiamente respuestas.

En el sentido común, todos sabemos que la oración y la fe ayudan a los enfermos. Tenemos demostraciones de este fenómeno en todas las facciones de la sociedad y en todas las culturas y etnias. La ciencia se ha interesado en indagar ese fenómeno, teniendo ya a la disposición un caudal inmenso de investigaciones y reflexiones sobre el asunto. Podemos entonces sintetizar que la mayoría de las personas consideran importante la espiritualidad en la superación de la enfermedad y del sufrimiento, y sabemos también que los estudios han demostrado esa relación. Nos quedan las preguntas: ¿Cómo ocurre ese proceso? ¿Cuáles son las variables que envuelven la relación entre la fe y la espiritualidad y la capacidad de superación de la enfermedad?

Carlos E. Tosta ha estudiado durante varias décadas los efectos de la oración y de la meditación sobre la salud humana. Según Tosta⁽¹⁵¹⁾, solo recientemente la ciencia se ha dedicado a investigar el efecto de la oración en la mejoría de los enfermos. Al profundizar en esos estudios, el investigador hace referencia al termino *metenergía* como la cualidad de la oración de ir más allá del tiempo y del espacio, *algo que trasciende la energía física*⁽¹⁵²⁾. Considera que la oración puede ser comprendida como la expansión de la conciencia individual (o de la dimensión espiritual) y que actuaría a través de las interconexiones entre los seres.

La pregunta que surge en nuestra práctica es: ¿Cómo funciona la oración? Para Matthew⁽¹⁵³⁾, la oración tiene valor en la superación de enfermedades en la medida en que libera el exceso de ansiedad, llevando a una modificación fisiológica de los mecanismos neurofisiológicos y activando las cadenas de reacciones curativas. Para él, en el desarrollo humano, el cerebro preservó el acto de orar, casi como si fuera la manifestación de un instinto. Matthew refiere que la experiencia espiritual es frecuentemente descrita como generadora *de sensaciones* de “euforia, arrebatamiento y bienaventuranza” y cree que “como especie estamos predispuestos a creer en lo sagrado y en lo sublime, tendemos a interpretar tales

sensaciones como una prueba de la existencia de Dios o, por lo menos, de una realidad transcendental¹⁷⁽¹⁵⁴⁾.

Se hace menester incluir los innumerables factores envueltos en ese proceso, aclarando la visión del profesional de salud, y del cuidador en general, sobre la importancia de la espiritualidad de los pacientes en la cura de sus enfermedades.

¿Cómo se da la relación entre el sentido de espiritualidad y la construcción de la resiliencia, o sea, la capacidad de transformar el sufrimiento vivido en una situación de enfermedad en aptitudes?

Marcelo Barros habla de tres pasos que pueden ser útiles en la construcción de la resiliencia, que son:

- Asumir la conciencia de sí mismo y de la realidad – la fe como la fuerza que nos impide desistir y posibilita la aceptación, y el *“compromiso con la vida en medio del dolor”*⁽¹⁵⁵⁾;
- Mantener la pertenencia y no aislarse – la búsqueda de sentirse uno con la naturaleza, con la humanidad y con la vida;
- Renovar el amor – eligiendo el amor como camino fundamental para la entrega, la disponibilidad al aprendizaje y la conciencia profunda.

~

En el contexto de integrar distintas visiones y abordajes, surge una pregunta muy importante: ¿Cómo relacionar las diversas dimensiones sin perder de vista la importancia de cada una y la dosis cierta que cada persona necesita en su proceso de aprendizaje humano? “(...) Hay que reconocer, de a poco, de que aquello que llamamos destino, sale de adentro de los seres humanos en vez de entrar en ellos. Muchas personas no perciben lo que de ellas salió, porque no absorbieron su destino en cuanto vivían, ni lo transformaron en sí mismas”⁽¹⁵⁶⁾.

Ciertamente tenemos mucho que caminar... Esta reflexión representa un punto de partida para que dialoguemos con más fluidez sobre todas estos asuntos. Lo más importante es no cerrarnos para otras concepciones, antes aún de permitir que nuestras mentes se abran para lo nuevo, para lo inesperado.

CAPITULO 8



AMOR: CIMIENTO DE LA RESILIENCIA

Maria Henriqueta Camarotti

Júlia Camarotti Rodrigues⁴²



En este capítulo vamos a dialogar sobre la resiliencia y el amor, ese sentimiento tan fundamental en la vida de todo ser humano. El amor es algo que traspasa el mundo y las relaciones, es tenue, sutil, recóndito y al mismo tiempo tan presente en el universo. Así como las leyes universales de la atracción de los cuerpos, el amor es una fuerza inherente a la vida y a los seres.

Para comenzar nuestra reflexión, presentaremos la historia de Eduardo, un ejemplo vivo de resiliencia construida a partir del amor y atravesado por él.

Eduardo es un profesional de la salud bastante comprometido con lo que hace; es muy acogedor, atiende personas, sobre todo viejos y deficientes mentales, con dedicación y cariño. Pero esa capacidad para ayudar y acoger pacientes que sufren, fue reforzada por una experiencia personal de mucho dolor: hace diez años perdió a su esposa Claudia en un grave accidente de auto en que él conducía, cuando viajaban en dirección a Salvador de Bahía. Claudia entró en coma en el momento del accidente y nunca más recuperó su conciencia. Eduardo la acompañó en la UTI

⁴² Psicóloga, maestra en psicología por la Universidad de Brasilia, Brasil, terapeuta comunitaria, filósofa, instructora de la Escuela de Filosofía a la Manera Clásica Nueva Acrópolis

durante 16 días, y debido a una falla multi-orgánica, su esposa falleció sin nunca más haber entrado en contacto con sus familiares.

Cuando preguntamos cómo se encuentra hoy, Eduardo dice que está muy bien, y demuestra un profundo sentimiento de agradecimiento por haber tenido la oportunidad de aprovechar durante algunos años de una convivencia harmoniosa con su esposa. “Hoy el dolor se transformó en gratitud”, dice nuestro interlocutor. Su frase muestra tratarse de un ejemplo de transformación del dolor en amor por los demás, con fuertes indicios de ayuda para la cicatrización de las heridas emocionales.

Preguntado sobre lo que le proporcionó tal sentimiento de superación y armonía interior, Eduardo responde que básicamente la unión de la familia y la fe en Dios, lo ayudaron en el enfrentamiento de su pérdida. Cuenta que, después del entierro de Claudia, fue acogido por sus suegros de forma cálida y amorosa. Éstos le declararon que él era un hijo muy querido y que nada los separaría de esa filiación, inclusive, su futura esposa sería como una hija y sus futuros hijos serían igualmente recibidos como nietos. Esa declaración de cariño y apoyo invadió el corazón de Eduardo de tal forma que hizo una marca indeleble de gratitud y afecto con la familia de Claudia, que lo adoptó tan amorosamente.

En aquella hora, de ruptura de la pareja por la muerte de uno de los cónyuges, esta postura de la familia de Claudia, que también vivía un inmenso duelo, fusionó para siempre esa relación; esta actitud representó la declaración: *“tu presencia en nuestra familia está absolutamente consagrada, no hubo ruptura, la muerte deja el vacío de la ausencia, pero no excluye el vínculo que fue forjado por tu unión con Claudia”*. No necesitó de palabras, el cariñoso acogimiento que fue mutuo, habló por sí.

Sumada a esta vivencia de apoyo, Eduardo cuenta que fue recibido por su familia de origen con igual amor. Su hermano mayor, su madre y su padre se mostraron como un puntal de cuidado, coraje y capacidad de superación. Nuestro entrevistado, que frente a tal impacto emocional, naturalmente enfrente una regresión, se refugió en el seno familiar hasta que tuvo fuerzas para lidiar con el mundo allá afuera y volver a la realidad.

Hoy, Eduardo está casado nuevamente, su actual esposa incluyó la familia de los ex-suegros como parte suya; hay una fluidez de sentimientos que transborda delicadamente por todos lados. Ese contexto de acogida de toda una familia en luto, fue el impulso inicial del poder cicatrizante de los dolores y de la superación de las pérdidas, y que se consolidó con la creciente dedicación al concentrar su atención en el cuidado

de pacientes y familiares que pasan por el dolor y el miedo de estar frente a una enfermedad, o en situaciones de pérdidas o duelo.

Tal vez ese haya sido el elemento secreto: dedicarse a atenuar el dolor de los demás. Este elemento, de hecho tuvo un poder transformador de ese gran vacío dejado por la pérdida, para una fuente desbordante en sí. Más adelante retomaremos este punto central.

Esta historia relatada por Eduardo, puede sonar un poco fantasiosa, frente a las casi inevitables contradicciones de sentimientos que nos asaltan en situaciones traumáticas como esta. Pero al observar hoy la postura serena y de gran afectividad de este hombre, parece mismo tratarse de una típica transformación resiliente a través del amor, especialmente un sentimiento que fluye de adentro para fuera, emerge de lo profundo del corazón.

~

Antes pues, de detenernos en la relación del amor con la transformación resiliente, vamos reflexionar sobre los tipos y significados del amor en las civilizaciones históricamente conocidas. En la secuencia histórica, el concepto de amor ha tenido muchos significados y utilidades. Algunas veces ha sido malversado e interpretado erróneamente para justificar actos de agresión o violencia. Buscaremos, entonces, una definición menos equivocada de ese concepto, volviendo a las reflexiones filosóficas de la antigüedad.

La Grecia antigua fue un semillero de reflexiones filosóficas sobre los más diversos aspectos del ser humano. Los griegos hablaban de la ética y de los valores que caracterizan la existencia humana, como diferenciada de las especies animales. En ese período florecieron concepciones sobre el amor en diferentes ángulos y utilizadas bajo diferentes términos. Para el gran filósofo Platón, el amor, en su sentido más elevado, es desprovisto de pasiones y de intereses, y se plasma por medio de una actitud desprendida en un vínculo establecido a partir de ideas profundas, en que nada se espera a cambio, pues se realiza en sí mismo. De esta concepción fue acuñado el término *amor platónico* que hoy es aplicado muchas veces de forma errónea y superficial. En el origen del término, *amor platónico* es un tipo de amor profundo, esencialmente puro y desprovisto de cualquier interés, centrado en la virtud, pudiendo estar presente, por ejemplo, en una amistad profunda entre dos personas.

Más adelante, en la era neo-platónica, el Amor Celeste (míticamente personificado en Venus o Urania) es tratado como una de las manifestaciones divinas en el universo. Se trata de una inmensa fuerza que une las cosas en dirección al bien, manteniéndolas íntegras en su totalidad. Esa gran fuerza lleva a la plena satisfacción de los aparentes vacíos, evidenciando la existencia de una *unidad primordial*, según el filósofo Plotino.

En este sentido, el amor está por todas partes en la naturaleza y en el universo, poseyendo diversas formas y niveles de manifestación. El amor manifiesto, o Eros, hijo de la abundancia (Poros) y de la pobreza (Penia), puede aproximarse tanto al bien, a lo bello, a lo justo y a la sabiduría, como puede ser extremadamente carente, egoísta e imperfecto. Como Eros, el ser se torna imperfecto y necesitado de complemento, lo que lo lleva a la búsqueda incesante de ser completo – y esa búsqueda caracteriza al amor erótico. Caracterizado por el egoísmo, el amor popular se manifiesta generalmente en las relaciones interpersonales concretas y conocidas y busca el bien de pocos en detrimento de los demás.

En la actualidad, se utiliza el término *amor incondicional* para significar amor pleno, completo, que no necesita de condiciones para amarse, en contraposición al amor *condicional*, que espera algo a cambio o que acontece bajo determinadas condiciones. Nos parece que el primero está cometiendo lo que en la lengua portuguesa y española se llama de pleonismo, pues en este contexto son palabras que se confunden – amor e incondicionalidad. El segundo nos parece una equivocación del significado de la palabra *amor*, pues si necesitamos de condiciones para amar, entonces no se trata de amor, sino de un acuerdo mercantil.

Convencionalmente, se utiliza el amor materno como ejemplo de amor incondicional. El término *amor materno* puede ser utilizado como una metáfora para simbolizar el sentimiento de altruismo y de desprendimiento. Además, utilizamos en nuestra civilización occidental los términos amor filial, amor paterno, amor fraterno, amor erótico, para significar, respectivamente, amor de los hijos por los padres, amor del padre por los hijos, amor entre hermanos y amor entre una pareja.

Hay también una especificación a la cual llaman *amor propio*, amor que las personas tienen por sí mismas. Vamos a excluir de nuestra reflexión el amor propio en el sentido generado por una postura egoísta, en que impera el deseo personal encima de la necesidad del otro. Entendemos el *amor propio* como el sentimiento positivo de estar bien con nosotros mismos y con los demás, fruto de la búsqueda de armonía dentro

de nosotros y en la relación con el mundo. El amor propio se construye a partir del reconocimiento de las conquistas realizadas a través del aprendizaje que la experiencia proporcionó a la persona; significa algo construido sobre una base positiva para sí y para el mundo.

Entendiendo el *amor propio* como el motor que acciona los mecanismos saludables para el crecimiento individual y colectivo, entonces no existe amor propio si no hubiera amor por la humanidad, más aún porque somos parte de la humanidad, así como una célula es parte del organismo humano. En la medida en que todas las unidades celulares estén nutridas, el organismo gana como un todo y, consecuentemente, todas las células ganan y se renuevan.

En los espacios de la psicoterapia, es muy importante que el terapeuta estimule el lado luminoso de la persona, como forma de ayudarla a construir el amor propio como un sentimiento integrado con el crecimiento personal y el crecimiento del *ser humanidad*. Encontramos en algunas visiones terapéuticas la idea de que la persona “necesita priorizarse”, como el camino más apropiado para superar el sufrimiento personal. No podemos olvidar, todavía, de que este es tan solamente un pequeño aspecto del camino, y comprender que somos una célula del *ser humanidad*, y la forma de crecer y transformar los dolores tendrá que ser lado a lado, humanidad y yo, buscando superar las limitaciones y las referencias egoístas.

En el capítulo sobre la autoestima (Capítulo 2) afirmamos que para el desarrollo de la autoestima saludable es imprescindible que la persona reconozca sus capacidades positivas y también sus dificultades personales. Esto es importante porque necesitamos reconocer los dos lados para hacer las elecciones correctas e invertir en nuestra evolución personal. Conociéndonos mejor, investiremos en aquello que tiene que ver con nuestro talento primordial y este se realizará de forma plena y armoniosa.

El proceso de conocernos a nosotros mismos, percibiendo nuestras habilidades y flaquezas, es imprescindible para la construcción del amor propio. A partir de esa comprensión, la interrelación entre autoestima y amor propio se torna inexorable. Una vez que el amor por sí mismo es la esencia que sustenta la construcción de la autoestima saludable, la autoestima y el amor propio son fundamentales para la construcción de la resiliencia.

En resumen, la capacidad de amarse y respetarse, atributos importantes de la resiliencia, llevan a una postura saludablemente generosa y

acogedora con todos los seres vivos. En la medida en que se amplía la visión del universo, se relativiza la limitación y la impotencia de la relación consigo mismo.

~

En las relaciones humanas podemos evidenciar algunos aspectos que llevan a la necesidad de comprender el amor, que son: el cuidado consigo mismo y con el otro, las relaciones terapéuticas (cuidador y persona cuidada), la búsqueda interior, el crecimiento espiritual y la actitud de vida.

Vimos que existen muchas equivocaciones en la comprensión del cuidado consigo mismo. Por un lado, es concebido como una forma egocéntrica y egoísta de vivir, en el cual la persona reúne para sí mismo (o máximo para su familia o amigos cercanos) todo lo que encuentra por delante.

En ese campo ha habido muchos errores como por ejemplo, la carrera desenfrenada por la longevidad y la mejoría de la estética corporal. Ese proceso denominado de *higiomanía*, por Ivan Illich, se volvió una expresión más del miedo a la enfermedad y a la muerte de que propiamente al cuidado de sí mismo, ya que la exacerbación de la ansiedad por un cuerpo escultural puede llevar a trastornos psíquicos y psicosomáticos que perjudican directamente la salud de la persona.

En su forma saludable, el cuidado consigo mismo significa armonizarse con todo, nutriendo a los seres a su alrededor, al mismo tiempo en que se nutre a sí mismo. Es siempre un camino de doble vía. En ese cuidado son incluidas las medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, pero de forma equilibrada y armónica, reconociendo las potencialidades y también los límites de cada fase etaria y/o momento de vida.

Cuando la persona alcanza una visión etnocéntrica, ecocéntrica o cosmocéntrica, ella amplía su campo de cuidado, abarcando respectivamente su grupo, su mundo y también el cosmos que está a su alrededor. No hay restricción o límites en esa configuración.

¿Cómo alcanzar una forma de amor o de cuidado involucrando la justicia y el equilibrio armonioso de la energía? ¿Cómo desarrollar el amor que trasciende la limitación del ser?

Todo lo que fluye en una única dirección, termina por inundar un lado, en detrimento de los demás. Ahí se observa el desequilibrio. La distribución equilibrada de los recursos contempla a todos, inclusive a aquél que en ese momento genera el recurso, y que será contemplado cuando

otros lo hagan. Esa ley es aplicada tanto a nivel microscópico – como en la distribución de los elementos entre las células orgánicas – como a nivel macro, en la sociedad y en la naturaleza, por ejemplo. El ejercicio del amor por sí mismo necesita estar ligado inexorablemente al ejercicio del amor por la humanidad, pues será en esa ecuanimidad que todos los lados se beneficiarán.

Amar de forma imparcial e indiscriminada pasa a ser un ejercicio natural de la existencia; estar afinado con la naturaleza que, en equilibrio, suple todo y alimenta a todos según sus necesidades y no según sus deseos. En el desarrollo humano, el autocuidado es fundamental para la sobrevivencia y no existe sin la energía de amor. Cuando una energía amorosa brota de las profundidades de nuestro *self*, ella es transformadora de nosotros mismos y del universo circundante. Funciona como un río que baña y humedece por donde pasa, generando vida y equilibrio.

El ser que ama exhala una substancia etérea que transforma todo lo que toca. Es difícil cuantificar la energía desprendida de quien ama, probablemente la mediremos únicamente a través de los resultados que ella provoca en quien la recibe. Exhalar amor no es un proceso cuantificable y no necesariamente racional, es fruto del sentimiento profundo de entrega e interés por el equilibrio de la naturaleza y por la felicidad del otro.

Repensando sobre la resiliencia, la frase de Adalberto Barreto - “Yo puedo amar porque fui muy amado o porque no fui amado” - es muy pertinente, pues abre reflexiones sobre la aparente paradoja existente en la construcción de ese fenómeno.

¿Qué misterio es este traído por la resiliencia en la cual las personas alcanzan la capacidad de amar sin haber conocido ese sentimiento, sin haber sido cuidadas o mínimamente acogidas?

¿Qué misterio es este en que el amor recibido se vuelve capaz de reflejar y multiplicarse?

Volviendo al tema central de esta obra, podemos afirmar que la resiliencia es el encuentro consigo mismo en la energía del amor. No hay resiliencia sin amor. El miedo y el odio no llevan a la resiliencia. Solo el amor incita a la resiliencia, aproxima a la persona de sí misma, lleva a la aceptación y a la dádiva plena de sí. Ser resiliente es abrazarse consigo mismo y con el mundo.

En la vida intrauterina, el ser humano vivenció un ambiente bio-psico-fisiológico de amor, donde recibió comodidad, calor y los nutrientes que necesitaba. Con el nacimiento, esas necesidades no siempre

fueron atendidas y la persona necesitó luchar para recibir lo básico para su sobrevivencia física y psíquica. A partir del nacimiento, el ser humano adquiere la gran oportunidad de aprender a amarse a sí mismo, amando el ambiente que lo circunda, ahora el mundo, y no solamente el útero.

Después del nacimiento, comprende que la vida es la oportunidad de aprender a amar, a convivir armónicamente con todos los seres en su entorno. La vida es la principal escuela de amor.

~

La física cuántica, corriente científica que estudia las relaciones entre los diversos niveles energéticos, inclusive de la naturaleza humana, ha reflexionado sobre los mecanismos de interferencia de las emanaciones de amor y cariño, sobre las reacciones físico-químicas de las células vivas y del desempeño de las funciones humanas. En esa ciencia han sido estudiados los efectos de las emanaciones del amor. Investigaciones revelan que la energía emanada de manos amorosas penetra directamente en el medio intracelular, remodelando la fabricación de las proteínas plasmáticas que van a servir de estructura para las funciones celulares y del órgano como un todo. Cuantificando el comportamiento, el modo de ser, las emociones, o aún el funcionamiento neuroquímico, se percibe que la energía del cariño moldea la dinámica cerebral, armonizando los circuitos y redimensionando los neurotransmisores.

¿Cómo la mirada amorosa de la madre interfiere en el desarrollo del niño? ¿Cómo los cuidadores pueden contribuir para el desarrollo resiliente de aquellos que cuidan? ¿Y un niño que siempre vivió en un lugar hostil, con condiciones adversas y que tuvo en su vida a veces, por períodos cortos, una persona que lo miró con interés, con cariño, pudo despertar su amor propio?

Esa mirada amorosa puede hacer la diferencia en la vida de esa persona, a punto de modificar los rumbos de su historia, ayudándola a descubrir otras referencias éticas. Tenemos ejemplos de historias contadas por adultos que vinieron de situaciones de infancia difícil, pero que recibieron de un profesor o de un cuidador de fuera de la familia, un cariño especial, y esto los llevó a creer en sí mismos y en su capacidad de superar el dolor original.

En nuestra práctica como terapeutas y, consecuentemente, como cuidadores, es primordial reflexionar sobre este tema para alcanzar la ca-

pacidad de transmitir amor a nuestros pacientes, teniendo la claridad de que nuestra capacidad técnica y los conocimientos científicos, también fundamentales, son vehículos de transmisión consciente del amor. “Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar una alma humana, sea apenas otra alma humana”, como dijo el médico y terapeuta Carl Gustav Jung. Para que anhelemos la posibilidad de transmitir esa energía reconstructora, se hace menester que reflexionemos sobre algunos aspectos:

- la postura amorosa se vuelve fundamental en una relación cuidador- persona cuidada;
- la empatía es la puerta de entrada para un intercambio verdadero y fructífero;
- una relación sin prejuicios es fundamental para el proceso terapéutico;
- existe una interrelación entre la capacidad de autocuidado y la disponibilidad para el cuidado con el otro;
- en una relación terapéutica, el amor recíproco, envuelto por la confianza y apertura de espíritu, se vuelve la esencia primordial del tratamiento.

Como terapeutas, cuando actuamos de manera altruista, sin esperar recompensa por nuestros actos, cultivamos el sentimiento de amor que busca la verdad y nos vuelve más libres y plenos. Ese es un camino que conduce a la realización y a la satisfacción interior, pues cuanto más nos damos, nos volvemos más llenos. El sentimiento de amor une a los hombres por un lazo fraternal, al mismo tiempo que activa la fuente inagotable que hay dentro de cada uno.

Dar de nosotros mismos no significa perder la individualidad. Al contrario, en la medida en que nuestra conciencia se amplía, nos expandimos y nos completamos. Por lo tanto, es necesario tener claridad y confianza de lo que somos, para que no tengamos la sensación de estar perdiendo al dar. Al ampliar la conciencia de nosotros mismos y afirmar nuestros principios en algo elevado, adquirimos mayor comprensión de la verdad de las cosas y de la vida. Así comprendemos que existe unidad en la diversidad y que todo debe seguir leyes que conducen a la esencia de la vida. De esa manera, amar se vuelve inevitable en el proceso de ser parte de la humanidad e imprescindible al crecimiento individual y colectivo.

En esta reflexión recordamos al filósofo Martin Buber que describe muy bien una relación de amor típica YO - TU, o sea, “un encuentro genuino entre dos seres únicos, en que ambos abiertamente respetan la humanidad esencial del otro, aquello que hace que alguien sea único, irrepetible”⁽¹⁵⁸⁾.

Amar nos permite Existir y Ser al mismo tiempo por conectar el cielo y la tierra, el *self* y el universo. El amor en el sentido de Pandemus⁴³ nos liga a las pasiones humanas, mientras que el amor universal o Urania⁴⁴ fortalece la verticalidad para mantenernos de pie mientras nos expandimos. Funciona como el fuego que crece verticalmente y tiene la capacidad de transmutar alquímicamente todas las cosas. Ese amor es el atributo más grande del alma, y en este, él puede ser accedido por gestos humanos puros, caracterizados por la generosidad, el desprendimiento, la unión, el respeto y por la búsqueda de la sabiduría.

~

Volviendo a la reflexión sobre la historia narrada al inicio de este capítulo, creemos que el estímulo inicial de la resiliencia de Eduardo haya sido el amor familiar que, como cimiento, solidificó en el corazón partido los vínculos de los afectos, inclusión, aceptación, incondicionalidad, esperanza y recomienzo. Todos los que se involucraron con el amor y en la aceptación se beneficiaron y se ayudaron mutuamente. Todavía, imaginamos que el hecho de haber seguido dedicándose a calmar el dolor de otros (independientemente del lazo sanguíneo), le permitió accionar el amor propio en sí mismo, verdadero cicatrizante y constructor humano.

El ejemplo de Eduardo consolida la certeza en la capacidad curativa del amor, un amor activo, de dentro para fuera. Infelizmente, esa postura no siempre se sustenta en los momentos difíciles de la vida, pues claudica por la inseguridad y el miedo, se fragiliza frente a la distancia a la que nos colocamos de nuestra esencia.

En la Terapia Comunitaria aprendemos que cuando ayudamos a los demás, sanamos nuestros dolores y nos abastecemos para nuevas dadas de cariño y manifestaciones del deseo de cuidar del otro. Las acciones generosas son reflejos del *self*, al mismo tiempo que son preparaciones para nuevos ciclos de crecimiento personal.

43 En la mitología, Afrodita Pandemus representaba las pasiones humanas.

44 En la mitología, Urania (la *celestial*) era la musa de la astronomía y de la astrología, era hija de Zeus y de Mnemósine o de Urano generada sin madre. Significa el Amor Universal.

¡Finalmente, podemos decir que el amor es la fuerza más poderosa del Universo! Es la fuerza motriz de nuestra caminata como personas y como terapeutas; fuerza que nos eleva en la capacidad curativa, superándonos a nosotros mismos en la medida en que nos dedicamos a los demás seres vivientes.

CAPITULO 9



FILOSOFIA A LA MANERA CLÁSICA Y RESILIENCIA



Júlia Camarotti Rodrigues
Maria Henriqueta Camarotti

En este capítulo vamos a reflexionar sobre el fenómeno de la resiliencia bajo la concepción de la filosofía a la manera clásica, y de la vida de algunos filósofos. Entendiendo la filosofía como el arte de vivir y como la herramienta para construirse a sí mismo y a un mundo mejor⁽¹⁵⁸⁾, podemos tenerla como referencia para comprender la función de la resiliencia en la vida y obra de los grandes filósofos de la humanidad, colaborando a la ampliación de la conciencia de sí mismo y del mundo.

Como será discutido en el Capítulo 10, el ser humano puede identificarse con varios niveles de conciencia: nivel egocéntrico, etnocéntrico, globo-céntrico o cosmos-céntrico. Cada nivel de visión acarrea una amplitud diferenciada de la percepción del mundo y de la realidad. El estudio de la filosofía, considerando aquí la filosofía como el amor a la sabiduría, estimula a la persona a la reflexión sobre el sentido de la vida y la misión que ella necesita desempeñar en el planeta. Esto porque la sabiduría promueve lo más elevado del ser humano, llevándolo a una visión y postura más integradora en sí mismo y en el mundo. La ampliación de la conciencia lleva a la comprensión de que somos parte integrante de una gran *unidad*, percepción esta que nos permite entender, que nuestros

pensamientos y acciones tendrán necesariamente reflejo en ese todo, imponiéndonos, pues, aún mayor responsabilidad.

Dos cuestionamientos son fundamentales e indisociables para comprenderse a sí mismo y su relación con el planeta: ¿qué espero del planeta? Y ¿qué el planeta espera de mí? Generalmente las personas se detienen en la primera pregunta, queriendo disfrutar de todo, muchas veces en detrimento de los demás. Cuando eso ocurre, se provoca un desequilibrio, pues el globo terráqueo, ya tan despojado por las ganancias, el consumo exacerbado, la visión materialista y el gran desperdicio, va perdiendo cada día sus recursos, su flora, su fauna, volviéndose un depósito de basura con millones de personas viviendo en condiciones desiguales e inhumanas, afectados en sus necesidades más básicas.

Las respuestas humanas a ese desequilibrio, han sido buscadas y alcanzadas por grandes hombres y mujeres de la humanidad. En esas búsquedas, muchas veces arduas, podemos observar el ejemplo de resiliencia en sus vidas y en sus obras. Sus vidas son verdaderas referencias de superación y de resistencia a las adversidades, persecuciones e injusticias, en nombre de su compromiso con la búsqueda de la verdad. Se puede notar, a través de la historia, que esos seres, aun sometidos a enormes sacrificios y, en varios casos, al riesgo de pérdida de la propia vida, se mantuvieron firmes en la búsqueda de sus ideales, en defensa de su causa. Al contrario de detenerlos, esos desafíos parece haberlos tornado cada vez más lúcidos y fuertes, permitiéndoles que leguen a la humanidad preciosa sabiduría, necesaria para la ampliación de la conciencia colectiva. Esos buscadores de la sabiduría cambiaron el rumbo de la historia.

Veamos ejemplos de hombres y mujeres que dedicaron sus vidas a la sabiduría, en beneficio de la humanidad y que avanzaron cada vez más firmes, ante los obstáculos casi insuperables con los cuales se depararon. De entre las muchas personas que fueron referencia para la humanidad, como representantes de diversas partes y épocas del mundo: Confucio, de China; Epicteto, de Roma; Hipatia, de Alejandría; Helena Petrovna Blavatsky, de Rusia; y Giordano Bruno, de Italia.

El filósofo organizador

Confucio, filósofo chino que vivió entre los siglos V y IV a.C., marcó profundamente la historia de su país, influenciando el pensamiento de

China por cerca de 2.500 años. Desde joven, entró a la vida pública y tenía como característica la dedicación a los estudios y a las reflexiones sobre las leyes de convivencia social. Inicialmente se volvió en un respetado Ministro de Justicia del *Estado de Lu*; su fama creció rápidamente y despertó la ira y envidia de aquellos que actuaban contra el pueblo. Las acciones constructivas y desarrollistas de Confucio, provocaron la reacción de los estados vecinos causando su expulsión de la función pública, que ejercía en su ciudad y también de la escuela de filosofía que él había fundado.

Desprovisto de bienes materiales y lejos de todos los que conocía, Confucio mostró su capacidad resiliente al dedicar su vida a aquello en lo que creía. En el exilio transmitió su conocimiento recorriendo su país e instruyendo a ricos y pobres, hombres y mujeres, jóvenes y viejos. Este filósofo era muy admirado y querido por donde pasaba; demostraba su desprendimiento y desapego para aquellos que le solicitaban que permaneciera por más tiempo, diciendo: “Yo me debo indistintamente a todos los hombres, porque considero a todos los que pueblan la Tierra, como miembros de una misma y sola y familia, para la cual tengo la sagrada misión de instructor”⁽¹⁵⁹⁾.

Este admirable filósofo tenía una actitud profundamente humanista, promovía la fraternidad, la concordia y la justicia. Se interesaba por las relaciones esenciales entre las personas, buscaba el equilibrio político, defendiendo el perfeccionamiento y la armonía moral de los individuos y de la sociedad. Sus escritos son atemporales, pues atravesaron milenios y continúan siendo referencia para varios pueblos del oriente. Confucio predicaba valores fundamentales para la vida y para la humanidad; hablaba de la humildad, trayendo las enseñanzas milenarias de la tradición y utilizando su vivencia: “Saber lo que sabe y lo que no sabe es la característica de aquél que sabe.”; del auto-perfeccionamiento: “Un hombre que comete un error y no lo corrige comete otro error.”; de la cortesía básica y fundamental: “No espero encontrar un santo en la actualidad, pero puedo encontrar un caballero y me sentiré muy satisfecho.”; y de la importancia de no juzgar a los demás (justamente por él mismo haber sido juzgado y perseguido injustamente): “Cuando veas un hombre bueno, trata de imitar su ejemplo; y cuando veas un hombre malo, indaga por tus propias faltas.”; y: “El hombre superior es tolerante con todos y no es sectario; el hombre inferior es sectario, por eso no es tolerante”⁽¹⁶⁰⁾.

La vida y la obra de Confucio, por ser rica en experiencias de resiliencia y de la búsqueda del crecimiento constante, ha sido una refe-

rencia para todos aquellos que buscan transformar la sociedad a través de valores de justicia, honestidad, compromiso y disponibilidad para ser útiles a la vida pública. Creemos que la fuerza de ese ejemplo proviene de la honestidad consigo mismo, del aprendizaje y de la coherencia entre el discurso y la práctica vivida. Esta sintonía de propósitos y de práctica se vuelve el ejemplo fuerte y suficiente para ir más allá del tiempo y del espacio, siendo absorbido por diferentes pueblos en diferentes momentos de la historia.

Un filósofo del arte de vivir

El filósofo Epicteto, esclavo durante el período del Imperio Romano, nació cerca de Roma alrededor de año 50 d.C. En una condición de vida extremadamente difícil, mostró, a través de sus enseñanzas, que era señor de su alma; vivió encadenado como esclavo, pero su alma siempre estuvo libre. Con la muerte de Epafrodito, su amo, retomó la libertad e inició la divulgación de su doctrina filosófica. Cuando comenzó a demostrar su conocimiento y capacidad de influenciar en los habitantes de su ciudad, Epicteto fue expulsado de Roma por líderes ambiciosos. Este filósofo, aun en condición de extrema pobreza, continuó diseminando su mensaje a todos los que se interesaban en oírlo.

La experiencia de vida a través de una laboriosa juventud y de una dura existencia, transformó su vida en una caminata resiliente y lo condujo a la filosofía estoica. Esta visión filosófica proclama que la verdad es un combate interno y que la felicidad consiste en el triunfo de la razón y de la voluntad sobre las pasiones egoístas. La doctrina de Epicteto estaba reforzada por el ejemplo de su propia vida: la resignación a aquello que no podía cambiar, la renuncia a los bienes materiales, la comprensión y la tolerancia de los defectos ajenos, y la fe en una divinidad que rige el universo⁽¹⁶¹⁾.

El arte de vivir⁽¹⁶²⁾ es la principal obra que sintetiza las enseñanzas de Epicteto. Ese libro surgió a través de la compilación de sus ideas, por sus discípulos y seguidores. En él son encontradas verdaderas perlas y referencias para el proceso resiliente. Epicteto defendía que todos nosotros debemos buscar en nuestro interior las respuestas y las condiciones para encaminar nuestras vidas: “No busques el bien afuera. Búscalo en tu interior, o no lo encontrarás”. Él valorizaba sobremanera la independencia de las situaciones externas para obtener el equilibrio emocional:

Procurar una oportunidad de aprendizaje en las situaciones requiere de una gran dosis de coraje, pues la mayoría de las personas que nos rodean insiste en interpretar los hechos de la manera más obvia: Éxito o fracaso, bueno o malo, cierto o errado. Estas categorías simplistas y polarizadas no permiten que se visualicen otras interpretaciones más creativas – y útiles – de los acontecimientos que tal vez sean mucho más ventajosas e interesantes⁽¹⁶³⁾.

Epicteto se reveló como una de las referencias del estoicismo y mostró en la práctica, que, en la vida interior el ser humano encontrará la felicidad y no en los hechos externos. “Cada dificultad en la vida nos ofrece una oportunidad de volvernos para adentro de nosotros mismos y recurrir a nuestros recursos internos ocultos o aún desconocidos. Las pruebas que soportamos pueden y deben revelarnos cuáles son nuestras fuerzas”⁽¹⁶⁴⁾.

Otro aspecto relevante de la filosofía estoica, directamente identificado con la construcción de la resiliencia, es enfrentar la realidad de manera serena, aceptando los hechos sin crear expectativas que sean diferentes. Cuanto más peleamos contra la realidad, ella se vuelve más poderosa y nos turba la visión. Según Epicteto, “en vez de desviar los ojos de los acontecimientos dolorosos de la vida, mire para ellos directamente y contémpelos con frecuencia. Enfrentando las realidades de la muerte, de las enfermedades, de las pérdidas y decepciones, usted se libera de las ilusiones y falsas esperanzas y evita pensamientos mezquinos de envidia”⁽¹⁶⁵⁾.

Conociendo un poco mejor la vida y obra de este filósofo, entendemos la necesidad de desarrollar la serenidad frente a los hechos, porque es a través de ella que se hará el proceso resiliente, promoviendo crecimiento y aumento de la capacidad de superar las adversidades. Con seguridad, ese aprendizaje no ocurre de una vez; el ejercicio permanente, la constante vuelta para sí mismo, la búsqueda de equilibrio, aun cuando los hechos nos empujan para tempestades emocionales, se vuelven el substrato fundamental para la resiliencia. Por su importancia, las enseñanzas de Epicteto han atravesado los siglos y han llegado hasta nuestra era con bastante luminosidad y fuerza.

La sublime lección de vida

Hipatia de Alejandría, filósofa, matemática, científica y amante de la verdad, vivió entre los años de 370 y 415 d.C. En este período la ciudad de Alejandría era dominada por el imperio romano que ya se encontraba en decadencia material y política, combatiendo fuertemente todas las corrientes filosóficas que pudieran colocar en riesgo el catolicismo recién adoptado por Roma. Esa mujer fuerte e intrépida recibió una educación rigurosa, con disciplina física, mental y estímulo por la búsqueda del conocimiento. Estudió en Atenas y, en Alejandría, substituyó al gran filósofo Plotino como directora de la Academia Neoplatónica. Hipatia fue una filósofa reconocida por su sabiduría y habilidad para la enseñanza; su reputación se extendió por todas partes, pasando a tener un gran número de discípulos, inclusive gobernantes y magistrados que frecuentemente la procuraban para recibir sus consejos y enseñanzas.

Conocida por su inteligencia, belleza y elocuencia, Hipatia enseñaba a miembros de todas las religiones, sin distinción; demostraba ser un ejemplo vivo de resiliencia, pues no objetaba las acusaciones y los prejuicios que sufría por ser una mujer filósofa en pleno ambiente de fanatismo religioso y de conflictos ideológicos. Esta filósofa de Alejandría fue considerada entre sus compatriotas como hereje, ya que discurría sobre conocimientos universales, trayendo luz al obscurantismo que despuntaba con el inicio de la Edad Media; sufrió implacables persecuciones en el período en que Alejandría estaba conducida por el Obispo Cirilo⁴⁵. Ese obispo recibió de Roma la misión de destruir el paganismo en todas sus formas y manifestaciones y para eso consideraba necesario diezmar todas las corrientes filosóficas que no se alinearan con el dominio reciente de la Iglesia Católica.

En razón de la oposición de la Iglesia de Roma, la ciudad de Alejandría fue siendo presionada para adoptar el catolicismo y vivir bajo la égida de la intolerancia religiosa. Hipatia, primeramente enfrentó la enorme tristeza de ver la Academia Neoplatónica y la Gran Biblioteca de Alejandría siendo destruidas, y en seguida fue acusada de resistencia

45 Cirilo nació en el año de 370 en Egipto y fue el representante de la Iglesia Católica en ese país. Tenía una postura extremadamente ortodoxa en relación a los dogmas de la doctrina de Roma. Participó intensamente del Primer Concilio de Éfeso en el año 431. Fue un opositor implacable de la libertad de expresión religiosa y de los judíos que habitaban en Alejandría, y de las enseñanzas de la filósofa Hipatia. La historia revela una posible participación de ese líder católico en el asesinato de la filósofa.

al nuevo orden y despreciada por fanáticos del catolicismo. Aún con las pérdidas y con las persecuciones externas, seguía incansable y firme en sus enseñanzas y respeto a las varias corrientes de pensamiento. Continuó transmitiendo su conocimiento, inclusive para sus discípulos cristianos, hasta que fue brutalmente asesinada. Su muerte marcó el fin de la gloriosa era de la matemática occidental y el final de la enseñanza neoplatónica en Alejandría. Con la pérdida de la filósofa de la verdad, Alejandría nunca más volvió a ser la capital cultural del mundo antiguo, como era conocida.

La mayoría de las obras e invenciones de Hipatia fueron destruidas. Lo que quedó proviene, principalmente, de correspondencias que ella intercambiaba con sus discípulos más dedicados. Esta pensadora inventó instrumentos mecánicos usados en física y astronomía, como el astrolabio, el planisferio y un hidrómetro. Todavía, ciertamente, su mayor contribución fue su ejemplo de resiliencia y capacidad de creer en un ideal. Poco destacada por la historia oficial, Hipatia fue una fiel defensora de la verdad, de la tolerancia religiosa, de la igualdad y de la fraternidad entre todos los seres. En cuanto vivió, ella se negó a traicionar sus ideales y su preocupación por la humanidad y consiguió levantar el espíritu decaído de los pocos que comulgaban con la búsqueda de la sabiduría. Supo vivir y morir con dignidad, tornándose un ejemplo eterno de fuerza y virtud en medio a una gran adversidad. Fue una gran luz en medio de una tenebrosa oscuridad que marcó la trayectoria de la humanidad, dándonos la esperanza de que siempre es posible reencender el brillo del amor por la sabiduría⁽¹⁶⁶⁾.

La filósofa Hipatia nos transmite el ejemplo de coraje y determinación cuando creemos en un ideal, aun frente a la adversidad, creando y desarrollando beneficios para la humanidad. La posibilidad de desarrollar la creatividad y de transmitir la capacidad de no desanimarse, atributo de la resiliencia, ha sido el baluarte de la capacidad de superación ante las presiones externas y la incredulidad en la capacidad del otro.

La exploradora de la sabiduría antigua

Otro gran ejemplo de resiliencia en la historia de la filosofía fue Helena Petrovna Blavatsky. Esta mujer excepcional y filósofa, vivió en el siglo XIX y tuvo como importante contribución el rescate del conoci-

miento del Oriente antiguo y su compartir con el Occidente. Exploradora por naturaleza, Blavatsky nació en una familia de la realeza rusa y se volvió una mujer independiente, audaz y sobre todo polémica para su época. Estaba dotada de grandes habilidades en las artes, en diferentes lenguas y entendimiento científico, pero como mujer frente a la época, era poco comprendida y vista con incredulidad por sus contemporáneos. Helena huía de todos los convencionalismos, pues no se encajaba en los patrones de la sociedad rusa de la época; tuvo un deseo natural de conocer el mundo y eso no era aceptado para una mujer del siglo XIX.

Helena tuvo que enfrentar un casamiento arreglado en su adolescencia que le desagradó inmensamente, y le hizo huir de Rusia a explorar sola el mundo, más allá de las fronteras de su país. Una vez que rompió con las presiones familiares y culturales, Blavatsky asumió para sí la misión de rescatar el conocimiento oculto del Tíbet. Entendemos aquí que el proceso resiliente desencadenado en el enfrentamiento de las dificultades, le motivó a transformarse y buscar una tarea que confiera al mundo occidental del conocimiento adquirido por sus búsquedas, compartiendo con aquellos que estuvieran abiertos para nuevas referencias.

En su búsqueda por la verdad, Blavatsky pasó un gran período en el Himalaya, aprendiendo con los maestros tibetanos para después transmitir, por intermedio de los libros que escribió, el conocimiento adquirido. Sus libros⁴⁶ fueron, y todavía son, referencia para grandes figuras de la humanidad como Albert Einstein (que tuvo sus obras como libros de cabecera). Tomada por el sentido resiliente, esa filósofa no se abatió ante las presiones, calumnias y agresiones de aquellos que no aceptaban sus enseñanzas. Algunos hechos de su vida evidencian su capacidad de superar las adversidades. Sufrió el naufragio de un navío, en que fue la única sobreviviente; necesitó disfrazarse en varias situaciones arriesgadas; enfrentó muchas privaciones y murió pobre, pero sin perder ninguna oportunidad para escribir sus obras. Sin sobredimensionar las propias dificultades, transmitía a sus discípulos que deberían “cerrar completamente sus sentidos a la grande y espantosa “herejía de la separatividad” que los aparta de los demás”⁽¹⁶⁷⁾. Sentía la necesidad de hablar de la capacidad del ser humano de transponer sus límites individuales, necesitando para eso comprender el potencial de integración del ser con el cosmos, siendo esa integración una fuente de fortaleza y capacidad resiliente.

46 *Isis sin velo* (1877), *La doctrina secreta* (1888), *La voz del silencio* (1889), *La llave para la teosofía* (1889), entre muchos otros.

Blavatsky fue un personaje de gran importancia, sin el cual el ocidente no habría conocido en la época, la antigua sabiduría oriental. La característica resiliente como multiplicadora de la verdad la llevó a fundar una institución cuyo lema era: “No hay nada superior a la verdad”. Enseñaba a todos la compasión por el dolor de la humanidad, la fuerza para que actuemos en sus causas y las aliviáramos, y recomendaba: “Deja que las ardientes lágrimas humanas caigan una a una en tu corazón, y en él permanezcan hasta que se haya desvanecido el dolor que las causó”⁽¹⁶⁸⁾.

El hombre de fuego

Giordano Bruno, teólogo, filósofo, escritor y fraile dominicano, nació en la región de Nápoles, Italia, en 1548. Su historia de vida está trazada por la contestación al sistema vigente dominado por la Iglesia Católica Romana, y por la defensa del pensamiento libre y la expansión del conocimiento sobre la ciencia y sobre el cosmos. Este libre pensador fue condenado a muerte en la hoguera, acusado de herejía por los poderes y dogmas de la iglesia de la época.

Todavía joven, Giordano entró en el seminario, doctorándose en Teología y dedicándose al estudio de los filósofos Aristóteles y Tomás de Aquino, predominantes en la doctrina de la época. Por sus avanzadas ideas, fue acusado de herejía; por eso abandonó el hábito y dejó Italia para vivir un largo período de peregrinación por Europa. En esa incansable caminata, recorrió por muchos países y estuvo bajo la protección de amigos fieles, lo que le permitió divulgar sus ideas y publicar varios de sus escritos.

Bruno permaneció muchos años en la lista de los buscados por la inquisición, pero nunca desistió y continuó siempre disponible para la expansión del conocimiento, con la convicción de que el ser humano tiene como misión primordial ampliar su visión, para que el nuevo conocimiento pueda mejorar la calidad de vida de la humanidad. Después de muchos años de peregrinación, fue apresado por el Santo Oficio, cuando fue denunciado por un noble que deseaba utilizar sus enseñanzas para fines egoístas.

Este pensador estuvo preso en una cárcel del Santo Oficio durante ocho años, en condiciones torturantes e inhumanas, pero nunca negó su creencia en la libertad del espíritu. Se cuenta que quedó en una celda muy

pequeña, en la que mal alcanzaba de pie, con mucha humedad y repleta de ratas. Querían volverlo loco para que desmintiera sus teorías. Pero cada vez que lo sacaba para un interrogatorio, se presentaba más lúcido y fiel a sus convicciones.

En el último interrogatorio hecho por la inquisición del Santo Oficio, Giordano no renunció a sus ideas, por el contrario, se mantuvo firme en todo lo que creía y defendía, siendo condenado a muerte en la hoguera el día 8 de febrero de 1600. Giordano Bruno fue obligado a oír la sentencia de la ejecución arrodillado y, según los relatos históricos, habría respondido con un desafío diciendo: “*Maiori forsan cum timore sententiam in me fertis quam ego accipiam*” (“Tal vez sientan mayor temor al pronunciar esta sentencia de que yo al oírla”).

El proceso resiliente que le era característico, hacía de Giordano un ser más libre, fuerte y lúcido ante las adversidades. De esa manera, demostró como un solo hombre, que se encuentra a sí mismo, puede provocar transformaciones del pensamiento en la humanidad y mostrarnos que los límites humanos son mucho mayores de lo que imaginamos, y que vale la pena mantener las convicciones cuando creemos que son beneficiosas para el bien común.

Uno de los puntos claves de la cosmología de Giordano fue la tesis de la pluralidad de los mundos, del universo infinito y poblado por una infinidad de estrellas, como el sol, y por otros planetas, en los cuales, así como en la tierra, existiría vida inteligente. “Nosotros declaramos ese espacio infinito, dado que no hay ninguna razón, conveniencia, posibilidad, sentido o naturaleza que le trace un límite”⁽¹⁶⁹⁾. Sus ideas sobre la distancia entre los planetas se anticiparon a las de Galileo: Creía en un universo infinito, en la idea de que una perspectiva de cualquier objeto, es siempre relativa a la posición del observador y que hay infinitos referenciales posibles sin ningún privilegio en relación a los demás. Defendió aún la existencia de planetas extrasolares, probablemente introduciendo algunas ideas que después fueron utilizadas en la formulación de la teoría de la evolución de Charles Darwin.

Estudioso de las escrituras egipcias, Bruno habría abrazado la teoría de Copérnico, porque ella se ajustaba bien a la idea egipcia de un universo centrado en el sol. Según sus enseñanzas, Dios sería la fuerza creadora perfecta que forma el mundo y que sería inmanente a Él. Bruno defendía la creencia en los poderes humanos extraordinarios y enfrentó abiertamente los dogmas vigentes de la iglesia y sus preceptos.

Bruno pensaba que todo tiene vida y también un alma:

La tierra y los astros (...), como ellos favorecen vida y alimento a las cosas, restituyendo toda la materia que prestan, son ellos mismos dotados de vida, en una medida aún mucho mayor; y siendo vivos, es de manera voluntaria, ordenada y natural, según un principio intrínseco, que ellos se mueven en dirección a las cosas y a los espacios que les convienen⁽¹⁷⁰⁾; (...) el espíritu se encuentra en todas las cosas, y no hay un mínimo corpúsculo que no lo contenga en cierta medida y que no sea por él animado. (...) El mundo es infinito porque Dios es infinito. ¿Cómo creer que Dios, Ser infinito, pueda haberse limitado a sí mismo creando un mundo cerrado y limitado?⁽¹⁷¹⁾; No es afuera de nosotros que debemos buscar la divinidad, puesto que ella está de nuestro lado, o mejor, en nuestro fuero interno, más íntimamente en nosotros de lo que estamos en nosotros mismos⁽¹⁷²⁾.

La filosofía como la búsqueda de la sabiduría es una característica inexorable de los seres humanos. Algunas personas se dedican totalmente a la indagación de la verdad y, a lo largo de su jornada de ejemplos y enseñanzas, construyen su resiliencia por medio de sus conquistas y superaciones a los desafíos frente a las concepciones intolerantes de los dogmas y prejuicios humanos.

Creemos que todos los seres humanos, tenemos la semilla de la resiliencia dentro de nosotros, lo que quiere decir que todos podemos desarrollarla, hacer de ella un gran instrumento de aprendizaje y, aún más que eso, ser un ejemplo para aquellos que están cerca de nosotros. Cuando comprendemos que el sufrimiento vivido puede ser un maestro para nuestro crecimiento, nos volvemos conscientes y capaces de enfrentar los sufrimientos, sabiendo que ellos son pasajes para que seamos multiplicadores de una conciencia más amplia. Cuando nos concientizamos del dolor como maestro, nos volvemos también compasivos con el dolor del otro, y un proceso amoroso se instala en nosotros. Esos grandes filósofos son ejemplos de superación de las adversidades y de dedicación a la humanidad; vislumbramos en su ejemplo, en sus vidas y en sus obras la demostración de que es posible construir un planeta más justo y más amoroso.

CAPITULO 10



RESILIENCIA, CONCIENCIA Y EVOLUCION HUMANA



La evolución de la conciencia humana es el fenómeno más palpitante en el ser humano. Somos destinados a evolucionar; ¡es nuestra marca! La evolución se procesa a través de la ontogenia – historia personal – y a través de la filogenia – historia de la especie humana. De todas formas, la naturaleza intrínseca de cada persona es la afirmación que nos impulsa a vivir nuevas experiencias, aprender constantemente, evolucionar siempre.

No obstante se consideran al lenguaje, la postura erecta, la complejidad del cerebro y otras habilidades como determinantes en la concepción homínida, esos eventos no justifican la enorme distancia entre los grandes monos, vecinos más próximos, y los seres humanos⁽¹⁷³⁾. Ese salto evolutivo denominado de *eslabón perdido*, es una gran incógnita en la comprensión del surgimiento de la conciencia. Erich Neumann, psicólogo, escritor y discípulo de Jung, se dedicó al estudio de la conciencia a través de la mitología. Ese terapeuta afirma que

la evolución en dirección a la conciencia es lo que hay de “no natural” en la naturaleza; es exclusiva de la especie humana, habiéndose denominado a si mismo, a partir de eso, y con toda razón, *Homo sapiens*. La lucha entre lo que es específico del hombre y lo que es universalmente natural constituye la historia del desarrollo consciente del ser humano⁽¹⁷⁴⁾.

Nosotros, seres humanos, vivimos en constante conflicto entre nuestra naturaleza inconsciente y la búsqueda incesante de la luz, de emer-

ger de las profundidades del inconsciente individual y colectivo, pleno de experiencias y de arquetipos representativos de nuestra historia como individuo y como especie. Ese conflicto se refleja hasta hoy en nuestras acciones, sueños, imágenes, mitos; somos eternos seres en búsqueda de la trascendencia, a pesar de las raíces profundas que todavía cargamos en el comportamiento primitivo. Los mitos representan mapas para detectar el camino trazado por la conciencia; los vestigios originarios de la historia humana están siendo encontrados a través de dibujos, pinturas, esculturas etc., y han sido piezas fundamentales en la comprensión de la evolución.

La evolución del sistema nervioso se procesó en “camadas” desde el ser unicelular, cuando presentaba una sensibilidad rudimentaria para detectar sustancias nutritivas o tóxicas en el ambiente, hasta los mamíferos superiores y, más recientemente, al *Homo sapiens*. Los seres unicelulares ya estaban dotados de una percepción extraordinaria a través de la membrana celular vista actualmente como la inteligencia de la célula y poseedora de innumerables funciones. Los estudios demuestran que la membrana celular funciona como un “chip” equivalente al cerebro, donde interactúa con el medio ambiente, capta las informaciones y las transforma en estímulos para activación y desactivación de los genes⁽¹⁷⁵⁾. El mundo científico comienza a considerar la capacidad de las células de reaccionar al medio, como forma de preparar las reacciones químicas y desarrollar la formación de proteínas y enzimas compatibles con las necesidades de autogestión del ser unicelular. Este conocimiento puede ser una vía de comprensión de la evolución como proceso inteligente y auto generador de conciencia.

La gran y eterna pregunta es: ¿Cómo se procesó el salto evolutivo entre las especies vecinas más cercanas y el hombre?

La teoría de evolución, propuesta por Charles Darwin cambió la concepción de la historia del ser humano en el planeta. Según esa teoría, las especies evolucionan para adaptarse al medio ambiente, sobreviviendo los seres más aptos y adaptados. En pleno siglo XIX, cuando aún predominaba el concepto creacionista del surgimiento del ser humano, según el cual el Hombre fue creado directamente por Dios, la teoría darwinista trajo una nueva concepción para la evolución de las especies, inclusive de la especie humana. A pesar del aspecto revolucionario de la teoría de Darwin, las investigaciones actuales han detectado algunos vacíos. Uno de esos vacíos es la ausencia de pruebas fósiles que muestren la presencia de representantes de las varias fases intermediarias en el desarrollo de las especies. Con ese vacío arqueológico, se sospecha que otra fuerza,

independiente de la fuerza de sobrevivencia de las especies, puede actuar sobre los seres vivos y desencadenar la evolución.

Una cuestión que la teoría de la selección natural de Darwin no explica en el ser humano, son los comportamientos de altruismo, de generosidad espontánea, de capacidad de dar su vida por otra persona, por la humanidad o por una causa. En la teoría darwinista los individuos luchan por su sobrevivencia y por la preservación de las especies, sobreviviendo así los más aptos y los más adaptados al medio. En el comportamiento humano esa regla no se cumple de manera radical, pues otros elementos interceptan ese proceso, dotando al ser humano de características diferenciadas, como la sensibilidad, intuición, generosidad, solidaridad, etc. Los sentimientos que trascienden la lucha por la propia sobrevivencia, han sido la marca del ser humano y, por el contrario, se tornan su característica de humanidad.

Según Ornstein⁽¹⁷⁶⁾, la selección natural se agrega a la selección neural y a la selección consciente, ampliando la evolución del patrón estrictamente biológico para una evolución consciente de la conciencia. Nosotros los seres humanos somos mucho más que una experiencia biológica evolutiva, ya que nuestra capacidad de vivir en grupos, crear juntos, cooperar unos con otros, dar nuestra vida por el otro, por un ideal o por la colectividad, nos revela más que un animal racional, dándonos cuenta de un ser consciente que no solamente se adapta al medio ambiente, pero lo modifica, tanto positiva como negativamente.

El físico cuántico Ami Goswami⁽¹⁷⁷⁾ trae nuevas reflexiones sobre la evolución de los seres en el planeta. De acuerdo con la visión de la ciencia cuántica, la evolución de las especies ha sido concebida bajo la óptica de la influencia de otras fuerzas, más allá de la fuerza de la selección natural. Ese científico denomina la selección natural propuesta por Darwin de *causación ascendente*, representando el impulso de vida, de volverse mejor adaptado, que contribuye con las infinitas variedades de vida en la Tierra. En su reflexión, Goswami reitera que ese impulso ascendente no sería suficiente para explicar los grandes saltos dados por la evolución; habría otra fuerza que impulsaría a los seres a dar saltos cuánticos evolutivos denominada por él de *causación descendente*⁴⁷. En esta propuesta, la causación ascendente y la descendente se suman y aceleran la evolución, volviendo más comprensible la complejidad que la vida alcanzó hasta el

47 Profundizar sobre la conceptualización de esa fuerza descendente no es objeto de esta obra, pero, para eso, pueden consultarse las obras de Ami Goswami.

nivel hominal, resignificando así los saltos y adquisiciones de las especies hasta alcanzar a la especie humana.

Se sabe, por la arqueología oficial, que el cerebro humano tal cual es hoy, alcanzó ese escalón hace cerca de un millón de años.

Primero surgieron los seres humanos arcaicos⁴⁸ y más recientemente (hace cerca de 150.000 años) los seres humanos modernos. Estos últimos comenzaron a migrar para otras regiones más allá de África, se dispersaron inicialmente por el valle del Río Nilo y Oriente Medio y después por todo el planeta. Hoy los humanos arcaicos están extintos, sobrevivieron los humanos modernos (*Homo sapiens sapiens*), hoy representados por toda la población del planeta.

Desde que partió del este africano, el ser humano ha recorrido todo el planeta, adaptándose a las más inhóspitas condiciones de vida y en lugares que van desde los desiertos más calcinantes, hasta los helados fríos polares. Su capacidad de adaptación es impresionante, pues no siendo el animal más feroz ni el más fuerte, consigue enfrentarse con todos los seres y situaciones adversas del planeta, usando la inteligencia y la creatividad. Más allá de esas dos características, la capacidad afectiva y amorosa, a través de la generosidad y solidaridad, ha concurrido verdaderamente para la sobrevivencia del ser humano, ya que es con esa combinación que la humanidad ha enfrentado y sobrevivido a las inclemencias planetarias. La tendencia natural de agruparse, organizar la vida social y encontrar soluciones colectivas ha sido su principal recurso de sobrevivencia. Se percibe en los grandes y pequeños ejemplos, que el crecimiento de la conciencia individual y colectiva ocurre en todas las oportunidades en que preponderan el desprendimiento y la apertura de espíritu. Las expresiones de generosidad y capacidad altruista saltan a los ojos de todos que las aprecian, aún de aquellos que no practican cotidianamente en sus vidas actos de bondad y desprendimiento.

Conciencia y evolución humanas

Para reflexionar sobre evolución humana, se hace menester comprender el concepto de *conciencia*, pues esta reside en la base que carac-

⁴⁸ *Homo sapiens arcaico*: término utilizado para representar a seres los humanos anteriores al *Homo sapiens sapiens*, en el período anterior a 300.000 años. A pesar de algunas características que los distinguen del ser humano moderno, los arcaicos tenían un cerebro de tamaño bien cercano a la de la humanidad actual.

teriza a la persona en su plenitud y lo que le da el carácter de humano. Las diferentes definiciones sobre la conciencia dejan clara la gran variedad conceptual conocida y los varios ángulos de visión y de estudios. La conciencia va más allá de la capacidad de pensar, involucra sentimientos y voluntad. Incluye desde la descripción del estado de *estar consciente* o *alerta* hasta las concepciones más sutiles como la *teoría de la mente*, la *conciencia cuántica*, *conciencia sutil* y la *conectómica*.

Esta última área citada estudia la conciencia a través de las conexiones cerebrales y se asienta en una referencia multidisciplinaria para entender el fenómeno de la conciencia.

Una pregunta que emerge de este tema es: ¿Cómo relacionar la conciencia con la integridad de las funciones cerebrales?

En la referencia de la neurología, en la cual la evaluación es puramente bio-fisiológica, *conciencia* significa estado de vigilia, diferentemente del estado de subconsciencia e inconsciencia. Semiológicamente, la neurología denomina a los estados alterados de la conciencia, de *coma*, estado de bajo nivel de conciencia, síndrome confusional, en oposición al estado de plena conciencia. Otra forma de clasificar sería, estados de obnubilación, de estupor y de coma. Según el neurocientífico Raúl Marino⁽¹⁷⁸⁾, *conciencia* significa la totalidad o cualquier de los elementos mentales inherentes al individuo o al “yo materializado” generados por el sistema nervoso, cerebro y mente.

Aún en la tendencia de la neuroanatomía, considerando la triple división del cerebro, se puede correlacionar el tronco cerebral reptiliano con una conciencia interior rudimentaria de impulsos básicos, como la búsqueda de alimento y otras sensaciones fisiológicas y acciones senso-motoras, centradas en el “yo”. A nivel de los mamíferos, en el sistema límbico, estructura más compleja, las sensaciones básicas se expanden para incorporar sentimientos sofisticados, deseos, impulsos y necesidades sexuales, emocionales, interregno que se expande del “yo” al “nosotros”. El surgimiento del neocórtex vuelve la conciencia más compleja, lo que puede promover una percepción globo-céntrica⁽¹⁷⁹⁾. Como humanos, tenemos esos tres niveles evolutivos integrados; por eso, podemos tener conciencia egocéntrica, centrada en el yo, etnocéntrica centrada en el yo en dirección al nosotros y, finalmente, una visión que abarca el contexto cósmico o cosmocéntrica.

La psicología recibió una gran contribución del psicólogo americano William James (1842-1910), en cuanto a la comprensión de la

conciencia. Él creó la expresión *flujo de conciencia* para explicar la idea de que la vida es un flujo ininterrumpido de experiencias que se suman y forman siempre una totalidad actualizada a cada momento. Según James, no se puede experimentar los mismos sentimientos o pensamientos más de una vez; por eso, la conciencia fue considerada por él como cumulativa y no recurrente y siempre en movimiento.

Siguiendo la idea de flujo de la conciencia creada por James, la mente escoge las experiencias que le interesan a su propio proceso evolutivo. Las identificaciones y rechazos ya traídos de la historia del individuo, ayudan a seleccionar las nuevas experiencias y a desarrollar las habilidades pertinentes a las necesidades y objetivos de cada persona. Ese concepto es muy importante en la comprensión de la función de la resiliencia, en la transformación de la carencia en competencia, una vez que se corrobora la idea de un *continuum* permanente de aprendizaje y evolución de la conciencia humana. Cada experiencia vivida puede transformarse en un substrato para nuevos intereses y apertura de caminos. De acuerdo con la predisposición psicológica y las vivencias personales, el individuo absorbe más o menos de cada situación que enfrenta y, de esa forma, va construyendo el gran rompecabezas de su vida, pegando las piezas que más le interesan en el formateo de su jornada personal.

En la literatura, el término *conciencia* puede venir agregado al funcionamiento de los aspectos neurobiológicos o hacer parte de las cuestiones filosóficas y psicológicas del ser humano. Los estudios del psicoanálisis contribuyeron a un campo no biológico de la comprensión de la conciencia. Según Freud, el aparato psíquico o la psique está dividida en *consciente*, *pre-consciente* e *inconsciente*. La *conciencia* es el estado de racionalidad que tiene la función de recibir informaciones del ambiente interno y externo, contiene la mayor parte de las funciones del ego⁴⁹ – pensamiento, juicio crítico, percepción, etc. El *pre-consciente* es la faja intermediaria de contacto entre consciente e inconsciente, en la cual sus contenidos pueden ser recuperados por la demanda voluntaria. Mientras que el *inconsciente* es la parte oscura y más arcaica de la mente, donde son depositadas las represiones o vivencias no comprendidas, o insoportables, al individuo, virtualmente coincide con el *Id*⁵⁰ o polo psicobiológico.

49 Manifestación del comportamiento social de la psique que contiene las varias funciones del ser humano; su mayor parte es consciente.

50 Formado por los impulsos instintivos; es regido por el principio del placer, busca la satisfacción de los deseos individuales, ignorando límites, contradicciones, espacio y tiempo.

gico de la personalidad. Según el psicoanálisis, el *ego*, el *superego*⁵¹ y el *Id* son expresiones del aparato psíquico que transitan en las varias partes de la mente y forman la personalidad del individuo.

A partir de los conceptos básicos del psicoanálisis, muchas otras líneas de abordajes psicológicos están siendo desarrolladas, y la mayoría de ellas se han servido del concepto de inconsciente, y de fuerzas que interfieren en la conducta humana originarias del mundo sutil. Posteriormente, Carl Gustav Jung desarrolló el concepto de *inconsciente colectivo* para explicar el fondo psicológico común entre todos los seres humanos, con sus símbolos y arquetipos compartidos. Los estudios de la psicología junguiana ampliaron el horizonte de la comprensión de aquello que huye a lo obvio y material de los fenómenos humanos.

En la terapia Gestalt⁵², el concepto de *conciencia* recibió un tratamiento especial. Inicialmente fue hecha una distinción entre *estar consciente de alguna cosa* con *estar consciente de que se está consciente al respecto de algo*; diferencia entre *estar atento* y *estar consciente*, respectivamente⁽¹⁸⁰⁾. Según Jorge Ponciano Ribeiro⁽¹⁸¹⁾, el *estar consciente es tener conciencia de la propia atención, de la propia conciencia – conciencia de la conciencia*. Fritz Perls, creador de la terapia Gestalt, denominó ese fenómeno de *awareness*; esa palabra no presenta una traducción conceptual exacta en portugués ni español, pero para muchos terapeutas puede significar la transcendencia de la conciencia de sí, o sea, la persona tiene la claridad de lo que pasa dentro y fuera de sí, en el aquí y el ahora, a nivel corporal, emocional y existencial. En este abordaje psicoterapéutico, se comprende que no se puede librar de la propia conciencia “porque este acto es como una iluminación, y una vez iluminado, no hay como huir de la propia luz, de la propia percepción, de la propia certeza, de la propia verdad”⁽¹⁸²⁾.

Retomando el tema de la conciencia por otro ángulo, algunos científicos argumentan que la conciencia no es un subproducto del cerebro, pero puede tener la intermediación de los procesos subatómicos de las células nerviosas. Hameroff y Penrose, creadores de la Teoría de los Procesos Cuánticos, propusieron que la conciencia nace de estructuras minúsculas semejantes a micro-túbulos que existen en todas las células

51 Sistema de represión y generación de culpas condicionado por aquello que fue recibido en la educación.

52 Abordaje psicoterapéutico desarrollado por Fritz Perls entre los años 1940 y 1950. Está asentado en los fundamentos del Existencialismo, de la Fenomenología, del Psicoanálisis, del Holismo, de la Teoría de Campo de Kurt Levin, Teoría Organísmica de Kurt Goldestein y de la Psicología de Gestalt.

del cuerpo, incluyendo las neuronas. Los micro-túbulos actúan como un “esqueleto” que sustenta el formato celular⁽¹⁸³⁾. Estos autores postulan la hipótesis cuántica para explicar la relación entre el cerebro y la conciencia. Los micro-túbulos de las neuronas pueden procesar informaciones generadas por patrones organizadores llevando a estados coherentes sugestivos de conciencia.

El concepto de la conciencia puede ser comprendido a través de las teorías desarrolladas por el científico Ami Goswami. Ese físico cuántico aplicó el conocimiento proveniente de los experimentos de la ciencia cuántica a las áreas de la psicología, medicina y de la terapéutica en general. En su libro *La cura cuántica*, Goswami defiende la auto-cura por mecanismos de resonancia entre la persona y la energía cósmica. Este proceso de resonancia entre el deseo individual y la conciencia cósmica, ocurre a través de una forma de comunicación denominada de *no lugar*, pues ocurre sin la utilización de los referenciales del tiempo y del espacio o de cualquier tipo de energía conocida hasta el momento.

El neurocientífico John Eccles defendió la separación entre mente, conciencia y cerebro. Al lado de Karl Pribram, Eccles⁽¹⁸⁴⁾ desarrolló el modelo de los campos neurales cuántico-holográficos. Según esa teoría, habría una interconexión entre el cerebro y el espíritu por medio de micrositios cuánticos intracelulares denominados de *dendrons* – redes de dendritas ondulatorias interconectadas a los *psychons*; estos últimos son constructos filosóficos de la mente.

Durante toda su vida Eccles desarrolló estudios sobre la conexión del cerebro con la conciencia. Paralelamente a su vida de investigador, construyó una percepción del mundo creyendo que existe una providencia divina, que opera los acontecimientos de la evolución biológica. Esa concepción le motivó a buscar una conexión entre la microestructura del cerebro y la posibilidad de una fuerza cósmica que explique la llegada de la conciencia.

Marino Jr.⁽¹⁸⁵⁾ resume la comprensión de las investigaciones cuánticas, estableciendo una comparación entre los fenómenos cuánticos y los medios de comunicación a través de los campos electromagnéticos de los aparatos de radio, TV, teléfonos y celulares. Según Marino Jr.,

(...) no tomamos conciencia de la vastísima cantidad de campos electromagnéticos que constantemente atraviesan nuestro cuerpo, paredes y edificios. Solamente nos damos

cuenta de ellos en el momento en que prendemos uno de esos aparatos y pasamos a detectarlos bajo la forma de imagen o sonido y en el momento en que consecuencias de causas que nos son invisibles se tornan observables a nuestros sentidos y su percepción alcanza nuestra conciencia⁽¹⁸⁶⁾.

Debido a la dificultad de cuantificar la conciencia, muchos científicos la consideran una entidad científica irreductible, en la misma línea de los conceptos de masa y gravedad. Hay una expectativa por llegar a comprender la conciencia estableciéndose un paralelo con los descubrimientos de los fenómenos electromagnéticos o de la mecánica cuántica, que eran fenómenos inexplicables antes de sus descubrimientos y que hoy son conocidos y aplicables en varias tecnologías modernas.

~

La mitología cuenta la historia de la comprensión de la evolución de la conciencia humana. Los estudios sobre los mitos en la tendencia filosófica, antropológica o aún del conocimiento del psiquismo humano, han enriquecido mucho el entendimiento de la evolución de la conciencia. Podemos servirnos de esos mitos para transitar en el inconsciente individual o colectivo y entender el comportamiento de las personas e identificar posibles intervenciones.

En la perspectiva de la mitología, un movimiento infinito entre Eros⁵³ y Thanatos caracteriza el avance evolutivo del ser humano. Eros nos empuja para la disolución del ego, para la inmersión en la conciencia cósmica. Cuando nosotros conseguimos un equilibrio armónico entre esas dos fuerzas, la vida psíquica se vuelve fluida y plena de crecimiento evolutivo. La conciencia flota entre el contacto con el ser material – ego – y el ser cósmico – self.

La persona consciente del propio *self* estará mucho más abierta a nuevos aprendizajes y superaciones; el uso de la conciencia en una amplia perspectiva de las necesidades humanas puede funcionar como un terreno fructífero para el desarrollo de la espiritualidad y fomento de la

53 Freud utilizó los principios de Eros (vida) y Thanatos (muerte) para describir las pulsiones que existen en el psiquismo humano. Según la teoría psicoanalítica, Eros impulsa al contacto con el otro y a la realización de la vida, en cuanto Thanatos es el deseo de la no separación, del reposo y paz absolutos.

salud mental. Infelizmente, la comprensión sobre la conciencia ha sido dejada de lado por los profesionales de la salud mental, mientras tanto esa percepción podría ayudarlos a sentir el grado de compromiso del paciente en la búsqueda de una mejor calidad de vida y de la aceptación del tratamiento. Lo que aquí hablamos sobre la conciencia no es parte del superego, siendo algo mucho más amplio, fuertemente comprometido con el curso de la vida y la realización de los objetivos.

Los autores identifican cuatro pasos para alcanzar la conciencia: *awareness* (conciencia de la conciencia), decisión, acción y reevaluación⁽¹⁸⁷⁾. La trayectoria de ese recurso requiere un trabajo personal constante y muchas veces la ayuda de terapeutas interesados no solamente en la mayor estabilidad psico-emocional de sus pacientes, sino en su crecimiento personal. También en ese sentido deberán ser utilizadas terapias o tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos convencionales. En esos contactos hay necesidad de motivar la búsqueda del sentido, la posibilidad de ser consciente de su función en la vida y en el planeta. Sería fundamental que los terapeutas transmitieran la idea de que cuando salimos del referencial egoístico y del aislamiento personal, alcanzamos una perspectiva de visión que se propaga para el *ser humanidad* y al mismo tiempo nos nutre en nuestra jornada. Ese proceso de toma de conciencia de ser parte del universo, como sistema abierto de dar y recibir, representa, en nuestra manera de ver, el primer paso a la salud.

~

El fenómeno de la depresión se presenta como un ejemplo muy pertinente para entender la amenaza de la disolución de la conciencia. Los procesos depresivos se presentan con síntomas de miedo a la muerte, de la disolución del ego, el deseo de morir y el gran impase frente a la vida. Son fuerzas antagónicas muy fuertes que laceran lo emocional de las personas llevándolas a la desesperación. La angustia sentida en esos procesos puede ser proveniente de la necesidad de crecer existencialmente. Así como el dolor óseo representa crecimiento del cuerpo, el dolor psíquico es un llamado a la evolución del ser, para la expansión de la conciencia. Todavía, de un modo general, el llamado al crecimiento no siempre es escuchado, y cuando no se le da atención, conduce a la cristalización del sufrimiento y al apareamiento de síntomas característicos de depresión y de otros diagnósticos psiquiátricos.

En la crisis aguda de angustia o crisis de pánico, la persona siente un miedo inconciliable de la muerte, la sensación es la de la fragmentación del yo, nulidad de la existencia. El miedo a morir, a perder la conciencia, a tener un infarto o un ACV⁵⁴, están asociados con el miedo de disolver la conciencia de sí, del vacío existencial, de la nulidad absoluta. Los filósofos Kierkegaard, Heidegger y Karl Jaspers, entre otros, hablan de ese vacío de manera muy precisa y contundente al reflexionar sobre la angustia⁽¹⁸⁸⁾.

Heidegger nos proporciona una comprensión profunda de la angustia, cuando afirma que ella libera al hombre de las posibilidades nulas y lo torna libre para las auténticas. Solo cuando nos desprendemos de las futilidades y de los apegos materiales conseguimos ver más allá, sentir lo más profundo y tener conciencia de la propia conciencia. Las categorías desarrolladas a partir de la lucha por la sobrevivencia, turba la visión del cristal precioso de la conciencia y la deja mezclada a las cosas estériles de la superficie. La angustia proveniente del vacío existencial puede ser una gran sacudida para despertarse del sueño letárgico del marasmo y empujarnos al crecimiento personal. La angustia puede representar la luz roja del carro que indica la avería del motor; tenemos dos alternativas: simplemente apagar la luz que nos está incomodando, o entonces vamos a procurar sanar la causa a través de la búsqueda del foco del problema.

En nuestras vidas tenemos siempre la opción de ir profundo en la conciencia, procurando comprender nuestra función frente a la humanidad o entonces, “empujamos con la barriga”, o aún culpamos a las cosas o a las personas de nuestros fracasos. La postura de sentirnos víctimas es generalmente opuesta al camino de la autoconciencia y del aprendizaje con la vida.

Resiliencia y evolución humana

En la Terapia comunitaria, el terapeuta en formación trabaja su capacidad resiliente a través de la metáfora de la herida y la perla. *A partir de la herida vivida por la ostra, ocasionada por un granito de arena o un fragmento que hiere su interior, esta responde a la agresión sufrida fabricando una perla. La perla es la resultante de una herida cicatrizada, de un proceso resi-*

54 Accidente Cerebral Vascular: proceso de isquemia o hemorragia en el tejido cerebral con compromiso de la conciencia, parálisis de un lado del cuerpo o del lenguaje.

liente ocurrido y transformado en brillo y preciosidad. Todos nosotros somos ostras, en algún momento heridas, y tenemos la oportunidad de fabricar o no nuestras perlas. La decisión depende realmente de quien vive el proceso, y el resultado vendrá si hubiera empeño y credibilidad en sí mismo. Buscar fuerzas de superación en oposición a la auto-victimización es el primer paso para construir la resiliencia.

Selma, una mujer de 48 años, procuró la consulta motivada por una amiga muy cercana. Reconoce que ha sentido falta de ánimo y de entusiasmo con la vida desde hace más o menos siete años. Relató que desde el parto del primero de sus tres hijos demuestra falta de vigor en su vida, realizando solo lo estrictamente necesario. Presenta cefaleas constantes, disturbio en las cifras metabólicas y descontrol de la presión arterial. Su calidad de vida ha sido muy baja, no se involucra con ninguna actividad que le genere alegría o bienestar. En los últimos años, el cuadro de angustia y tristeza se ha intensificado sobremanera, y percibe que el desánimo siempre empeora a lo largo del día. A la noche se siente exhausta, sin voluntad para participar de actividades sociales o familiares. Resumió su descripción diciendo que “su vida no tiene gracia, no tiene sentido y mucho menos placer”.

Con todos los datos de la anamnesis, percibimos que se trataba de una persona demostrando abandono de sí misma, con baja calidad de vida y de salud y, sobre todo, con falta de deseo para superar la situación en que se encontraba. Nosotros, médicos y terapeutas, nos encontramos frecuentemente con pacientes que, aún, no teniendo ningún diagnóstico grave, son portadores de un desánimo existencial muy evidente, lo que nos dificulta mucho el acceso a la posibilidad de revertir la situación. ¿Qué hacer, entonces, con una configuración como esa?

En esos casos solo tenemos un camino: accionar nuestra capacidad de tocar el corazón del paciente, de manera más profunda que la del contacto social común y conseguir mover la persona rumbo a una transformación integral de su ser. Tenemos conciencia de que la medicación aislada, sin accionar la capacidad de transformarse, no tendrá efecto, pudiendo aún causar síntomas colaterales indeseables.

El cuadro clínico de Selma se asemeja a muchos otros que hemos encontrado en nuestra práctica. Observamos que el desgaste de lo cotidiano y las frustraciones sucesivas, generan una falta de energía y de capacidad de mover las fuerzas que, a su vez, irán a accionar los mecanismos saludables promoviendo la vida. Funciona como una batería de automóvil

que ya perdió la capacidad de recargarse. La impresión es la de tener al frente una persona desvitalizada, sin esperanza, sin sentido de vida y sin conciencia de su propio estado. Cuando eso ocurre, el proceso de envejecimiento toma cuenta, el cuerpo escucha la des-energización como un mandato de desactivación de los circuitos y de las producciones esenciales de la vida. Realmente, en muchos casos como este, la primera cosa que acontece es el envejecimiento de las arterias, el compromiso del cerebro, sobre todo de la memoria, el debilitamiento del sistema inmunológico y posteriormente el apareamiento de las enfermedades degenerativas.

Este relato es un ejemplo vivo de la necesidad de trabajar terapéuticamente, hasta que seamos facilitadores de la resiliencia y del crecimiento personal a partir de las experiencias de vida. Somos formadores de opinión; a más de eso, podemos ser facilitadores de los procesos resilientes y de las transformaciones de aquellos que nos buscan. Eso es nada más que reintroducir al paciente en su proceso de vida, considerando que solamente la propia persona puede dar el primero paso y los subsecuentes para su retorno al ritmo vital.

No hay evolución humana sin resiliencia, no hay resiliencia sin aprendizaje con los dolores vividos. La resiliencia es el mecanismo que empuja al crecimiento, es la preciosa herramienta por medio de la cual toda persona tiene la capacidad de elevarse sobre su propio ser y construir su tesoro interior. Descubrimos y rescatamos nuestras perlas cuando miramos para adentro de nosotros y constatamos que el aprendizaje que alcanzamos, principalmente aquel fruto del dolor, promovió la ampliación de nuestra conciencia y favoreció el perfeccionamiento de nuestra relación con la vida.

Si creemos que la evolución es inexorable en la naturaleza, creemos también que la resiliencia es obligatoria. Ella puede ser lenta o entrecortada por períodos de paralización, pero siempre podrá ser retomada en la caminata de los seres humanos. Cada persona es fruto de sus decisiones; todo lo vivido es fuente de aprendizaje; ¡la vida es aprendizaje!

Si los dos fenómenos – resiliencia y evolución – están imbricados entre sí, ¿cómo alcanzaremos su realización en nuestra existencia?

~

Cuando somos interpelados por el sufrimiento del otro, accionamos inmediatamente nuestra capacidad energética de dar algo y dinami-

zar nuestro *self*— esto se llama amor. Es una irradiación fomentada por el interés de ver al otro o el planeta más lindo, más feliz. Este amor espontáneo, irradiado, curativo, se denomina amor universal. El dolor del otro, cuando nos toca, también nos ayuda a conocer mejor y practicar el amor.

Creemos que nosotros, profesionales de la salud, somos instrumentos de la transmisión del amor universal. Somos intermediarios entre la fuente universal del amor y aquello que está de brazos abiertos esperando una transformación. Para que esa transmisión ocurra, es necesario que haya un encuentro, un intercambio verdadero entre los dos seres, lo que el filósofo Martin Buber⁽¹⁸⁹⁾ denomina del encuentro YO-TU. No se trata de una relación YO-ESO, objeto, sin alma, y sí, un encuentro de seres que en aquel momento específico se disponen a un intercambio ágape – amor sin condiciones o interés de nada a cambio, únicamente la realización en sí mismo.

Los conocimientos que adquirimos como profesionales del área de la salud sirven para afinar nuestro instrumento de contacto y nos indican como identificar la posibilidad de cura y de sensibilización de aquel que está delante de nosotros. Por eso, es muy importante la dedicación personal y la búsqueda del conocimiento. La cura solo puede ocurrir cuando durante el intercambio entre el cuidador y la persona cuidada hay una apertura recíproca de espíritu, formando un proceso horizontal de transmisión de amor.

En la relación entre el cuidador y la persona cuidada es importante que los dos lados estén en sintonía con el corazón. Es necesario que los cuidadores trabajen sus propias emociones para clarificar la comprensión sobre sí mismo y saber cómo las informaciones manifestadas por sus pacientes llegan hasta ellos. Todos nosotros médicos, psicólogos, terapeutas y demás profesionales de la salud utilizamos nuestro cuerpo y nuestra mente como instrumentos de cuidado. Normalmente nos valemos de las técnicas terapéuticas, como por ejemplo, la medicación y otros abordajes, pero el afinamiento del instrumento personal es lo más fundamental de todos. La energía amorosa que recorre nuestro ser y alcanza aquel que sufre es transmitida a través de los sentimientos. Por lo tanto, es fundamental cuidar de nuestras emociones y abrir nuestra mente para superar las ideas preconcebidas.

Así como la evolución es un proceso sin parada y sin fin, esta reflexión sobre la conciencia y evolución humana continuará reverberando y tomando forma a cada momento...

Consideramos que la profesión o las actividades que desarrollamos en nuestras vidas tienen que ver con una búsqueda profunda de crecimiento. No hay casualidad en esta opción, estamos en el lugar que nuestro *self* precisa para ampliar la conciencia. Las experiencias son caldo de cultivo para el proceso evolutivo. Muchas veces enfrentamos una misma situación hasta que un día comprendemos su significado para nuestras vidas y, casi como magia, el peso del problema se disipa. La fuerza del dolor es tanto mayor, cuantos más dependientes y limitados fuéramos. Ampliar los horizontes de nuestra percepción es reducir proporcionalmente el sufrimiento que la situación nos impone.

Cuando necesitamos desatar un enmarañado de lana, no lo hacemos a través de la compresión de los hilos, hacemos exactamente lo contrario: vamos abriendo cada alza de hilo, cada gancho, hasta que sean visibles las puntas para la disolución del nudo. Así es la vida, es necesario que se amplíe, que se abra para verse mejor y descubrir las soluciones. Cuando abrimos nuestra visión, crecemos y maduramos, y todo parece más fácil.

En síntesis, la evolución humana es un proceso continuo e inexorable que vivimos en cuanto especie – filogenéticamente – y en cuanto a individuos – ontogénicamente. En este proceso todo puede ser visto como sufrimiento o aprovechado como crecimiento; escogemos como ver y como aprovechar nuestras experiencias... y somos los únicos responsables por nuestra elección!

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OLSON, S. *A história da humanidade: desvendando 150 mil anos da nossa trajetória através dos genes.*
- (2) Id. *ibid.*
- (3) Id. *ibid.*, p.109.
- (4) DAMASIO, A. R. *E o cérebro criou o homem.*
- (5) Id. *ibid.*
- (6) ELIADE, M. *História das crenças e das ideias religiosas I.*
- (7) Id. *ibid.*
- (8) ALPER, M. *A parte divina do cérebro*, p. 135.
- (9) BARRETO, A. *Terapia Comunitária passo a passo*, p. 101.
- (10) Id., *ibid.*
- (11) PIOVAN, R. *Resiliência: como superar pressões e adversidades no trabalho.*
- (12) FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio*, p. 1493.
- (13) MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.; cols. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas.*
- (14) GOIS, A. *Espiritualidade e resiliência: a superação e a transcendência.*
- (15) POLETTO, M.; KOLLER, S. H. *Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica.*
- (16) ANAUT, M. A. *Resiliência: ultrapassar os traumatismos.*
- (17) Id., *ibid.*

- (18) VANISTENDAEL apud POLLETTI, R.; DOBBS, B. *A resiliência: a arte de dar a volta por cima.*
- (19) XAVIER, N. S. Fulfillment using real conscience.
- (20) Id., *ibid.*
- (21) MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.; cols., *op. cit.*
- (22) Id., *ibid.*
- (23) VASCONCELOS, A. C. G. D.; RIBEIRO, M. A. *Resiliência: um estudo sobre famílias com portadores de paraplegia.*
- (24) DELAGE, M.; CYRULNIK, B. *Famille et resilience.*
- (25) Id., *ibid.*
- (26) BENGHOZI, P. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços.
- (27) CARMELO, E. *Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor.*
- (28) Id., *ibid.*, p. 25.
- (29) PIOVAN, R. *op. cit.*
- (30) MYSS, C. Anatomía del espíritu.
- (31) LANDAU, J. El modelo LINC: una estrategia colaborativa para la resiliencia comunitária.
- (32) RIBEIRO, J. P. *Gestalt-Terapia: o processo grupal.*
- (33) CAMAROTTI, M. H. Terapia Comunitária Integrativa: do individual para o grupal– eis o desafio!
- (34) BRANDEN, N. O poder da autoestima.
- (35) D'AFONSECA, A. C. O. B.; BARBOSA, M. P. M. A contribuição da Terapia Comunitária na elevação da autoestima.
- (36) MAIA, E. Mas, o que é autoestima?
- (37) Id., *ibid.*, p. 56.

- (38) LAZARTE, R. Aceitação de si.
- (39) FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*, p. 57.
- (40) GRANDESSO, M.; CERVENY, C. Da multidão ao sistema: reflexões sobre particularidades da Terapia Comunitária com grandes grupos.
- (41) D'AFONSECA, A. C. O. B.; BARBOSA, M. P. M., op. cit.
- (42) BORGES, J. L.; KRISTENSEN, C. H.; DELL'AGLIO, D. D. Neuroplasticidade e resiliência em crianças e adolescentes vítimas de maus tratos.
- (43) PERES, J. Trauma e superação.
- (44) GALLIANO, A. G. *O método científico: teoria e prática*, p. 24-30.
- (45) ZOHAR, D.; MARSHALL, I. *Inteligência espiritual: o "Q" que faz a diferença*.
- (46) DAMASIO, A. R., op. cit.
- (47) Id., *ibid*.
- (48) SATINOVER, J. *O cérebro quântico*.
- (49) ECCLES, J. *How the Self Controls its Brain*.
- (50) DAMASIO, A. R., op. cit.
- (51) Id., *ibid*.
- (52) GAZZANIGA, M. S. *Human: The Science behind What Makes Your Brain Unique*.
- (53) LURIA, A. R. Fundamentos de Neuropsicologia, p. 43.
- (54) RITCHIE, E. C.; WATSON, P. J.; FRIEDMAN, M. J. (Eds.). *Interventions following massviolence and disasters: strategies for mental health practice*
- (55) Id., *ibid*.
- (56) ROCHA, F. L.; HARA, C.; RAMOS, M. G. Refratariedade e situações clínicas de difícil abordagem em psiquiatria.

- (57) URSANO, R. J.; NORWOOD, A. E. *Trauma & Disaster: Response & Management*.
- (58) BOWLBY apud FREIRE, T. G. A. *Terapia Comunitária Integrativa e a Teoria do Apego*.
- (59) FREIRE, T. G. A., op. cit.
- (60) Id., *ibid.*, p. 229.
- (61) Id., *ibid.*, p. 237.
- (62) PERES, J. *Trauma e superação*, p. 1.
- (63) Id., *ibid.*
- (64) RITCHIE, E. C.; WATSON, P. J.; FRIEDMAN, M. J., op. cit.
- (65) Id., *ibid.*
- (66) URSANO, R. J.; NORWOOD, A. E., op. cit.
- (67) STIX, G. *Resiliência: a coragem*.
- (68) KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*.
- (69) ROCHA, F. L.; HARA, C.; RAMOS, M. G. *Refratariedade e situações clínicas de difícil abordagem em psiquiatria*.
- (70) PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. *Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico*.
- (71) PERES, J. *Trauma e superação*.
- (72) BERCELI, D. *Exercícios para libertação do trauma*.
- (73) BORGES, J. L.; KRISTENSEN, C. H.; DELL'AGLIO, D. D. *Neuroplasticidade e resiliência em crianças e adolescentes vítimas de maus tratos*.
- (74) KOLLER, S. H. *Resiliência e vulnerabilidade em crianças que trabalham e vivem na rua*.
- (75) ALLEN, J. G. *Coping with Trauma*.

- (76) Id., *ibid.*, p. 23.
- (77) Id., *op. cit.*
- (78) Id., *ibid.*
- (79) TEICHER, apud ALLEN, *op. cit.*
- (80) PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico
- (81) RUDNICKI, T. Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais, p. 57.
- (82) HAYES, J. P.; GILBERTSON, M. W. Understanding Post-Traumatic Stress Disorder.
- (83) ALLEN, J. G., *op. cit.*
- (84) Id., *ibid.*
- (85) Id., *ibid.*
- (86) Id., *ibid.*
- (87) RUDNICKI, T., *op. cit.*
- (88) FREDRICKSON, B. L.; TUGADE, M. M.; WAUGH, C. E.; LARKIN, G. R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001.
- (89) BARRETO, A. Terapia Comunitária passo a passo.
- (90) FREDRICKSON, B. L.; TUGADE, M. M.; WAUGH, C. E.; LARKIN, G. R., *op. cit.*, apud PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G., *op. cit.*
- (91) SERVAN-SCHREIBER, D. *Curar*: o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise.
- (92) Id., *ibid.*
- (93) ANTUNES, C. *Resiliência*: a construção de uma nova pedagogia para uma escola pública de qualidade.

- (94) D'ANDREA, F. F. Conceito de Personalidade, p. 2.
- (95) ANTUNES, C., op. cit.
- (96) FLACH, F. *Resiliência: a arte de ser flexível*.
- (97) BARRETO, A. Terapia Comunitária passo a passo.
- (98) FERGUSON, M. *A conspiração aquariana*.
- (99) CARMELO, E. *Superando a mudança com resiliência*; CARMELO, E. *Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor*.
- (100) DAHLKE, R. *A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidade de desenvolvimento*.
- (101) REMEN, R. N. O paciente como ser humano.
- (102) LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*.
- (103) Id., *ibid*.
- (104) HUGON, N. Educação terapêutica do paciente e a Terapia Comunitária Integrativa.
- (105) Id., *ibid*., p. 242.
- (106) LAPLANTINE, F., op. cit.
- (107) BARRETO, A. P. *O simbolismo da dor*; QUAYLE, J.; SOUZA DE LUCIA, M. C. (Orgs.). *Adoecer: as interações do doente com sua doença*.
- (108) BARRETO, A. P. *O simbolismo da dor*; p. 312.
- (109) Id., *ibid*.
- (110) CAMAROTTI, M. H. A doença como fonte de transformação: um estímulo à resiliência comunitária, p. 172.
- (111) HUGON, N., op. cit.
- (112) CAMAROTTI, H.; TEIXEIRA, H. Saúde Mental e Trabalho: estudo da Regional Norte de Saúde do DF.
- (113) MARKOLIN, C. Nova medicina alemã: o paradigma médico do Dr. Hamer.

- (114) PERT, C. B. *Molecules of Emotions: Why You Feel The Way You Feel*.
- (115) MYSS, C. Anatomía del espíritu.
- (116) Id., *ibid.*
- (117) CAMAROTTI, M. H. Ter saúde é ter projetos.
- (118) Id., *ibid.*, p. 36.
- (119) CARVALHO, F. T. e cols. Fatores de proteção relacionados à promoção da resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS.
- (120) Id., *ibid.*
- (121) MACHADO, A. P. O. Resiliência e promoção de saúde: uma relação possível.
- (122) LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*.
- (123) MYSS, C. El poder invisible en acción.
- (124) GRIFFITH, J. L. *Religion That Heals, Religion That Harms: A Guide for Clinical Practice*.
- (125) BARROS, M. O espírito vem pelas águas, p. 21.
- (126) LAMA, D. apud BARROS, M. *O sonho da paz*, p. 15.
- (127) THORESEN, C. E.; HARRIS, A. H. S. Spirituality and Health: What's the Evidence and What's Needed?
- (128) Id., *ibid.*
- (129) GRIFFITH, J. L., *op. cit.*
- (130) LAWRENCE, R.M.; DUGGAL, A. Spirituality in psychiatric education and training.
- (131) GRIFFITH, J. L., *op. cit.*
- (132) PAGARMENT, K. I. Spiritually integrated psychotherapy, p. 3.
- (133) VERGHESE, A. Spirituality and mental health.
- (134) PAGARMENT, K. I. Spiritually integrated psychotherapy.

- (135) Id., *ibid.*, p. 12.
- (136) COLLINS, F. S. *A linguagem de Deus*, p. 15
- (137) GOSWANI, A. O universo autoconsciente.
- (138) Id., *ibid.*, p. 29.
- (139) MARINO JR., R. *A religião do cérebro*.
- (140) Id., *ibid.*
- (141) WILLIAMSON, P. C.; ALLMAN, J. M. *The Human Illness: Neuropsychiatric Disorders and the Nature of the Human Brain*.
- (142) TOSTA, C. E. e cols. The effect of intercessory prayer on phagocytosis by human neutrophils and monocytes.
- (143) CAMELO, L. G. Efeitos da meditação prânica sobre o bem-estar físico e emocional e os níveis hormonais de praticantes recentes.
- (144) VIEIRA, W. Temas da Conscienciologia.
- (145) BLANKE, O.; ORTIGUE, S.; LANDIS, T.; SEEK, M. Stimulating Illusory Own-Body Perceptions.
- (146) Id., *ibid.*
- (147) MARINO JR., R., *op. cit.*
- (148) NELSON, K. The Spiritual Doorway in the Brain.
- (149) Id., *ibid.*, p.11.
- (150) FRANKL, V. Sede de sentido (neurotização da humanidade ou reumanização da psicoterapia?); Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.
- (151) TOSTA, C.E. e cols., *op. cit.*
- (152) Id., *ibid.*, p.100.
- (153) ALPER, M. A parte divina do cérebro.
- (154) Id., *ibid.*, p. 168.

- (155) BARROS, M. *O sonho da paz*, p. 26.
- (156) RILKE, R. M. Cartas a um jovem poeta.
- (157) BUBER apud RIBEIRO, J. P. *Gestalt-Terapia: o processo grupal*, p. 27.
- (158) CAMAROTTI, J.; CAMAROTTI, M. H.; BARCELLOS, P. P. Filosofia e a Terapia Comunitária Integrativa: uma compreensão à maneira clássica.
- (159) LIVRAGA, J. A. Curso de Introdução à Filosofia à Maneira Clássica.
- (160) CONFÚCIO. *Os Analectos*; LIVRAGA, J. A., op. cit.
- (161) LIVRAGA, J. A., op. cit.
- (162) EPICTETO. *A arte de viver*.
- (163) LIVRAGA, J. A., op. cit.; EPICTETO., op. cit.
- (164) EPICTETO., op. cit.
- (165) Id., ibid.
- (166) CADERNO de Cultura Nova Acrópole. Hipátia de Alexandria: breve relato de sua vida e obra.
- (167) BLAVATSKY, H. P. *A voz do silêncio*.
- (168) Id., ibid; LIVRAGA, J. A. Curso de Introdução à Filosofia à Maneira Clássica.
- (169) BRUNO, G. *Acerca do Infinito, do Universo e dos Mundos*.
- (170) Id., *A ceia de cinzas*.
- (171) Id., *A causa, o Princípio e o Uno*.
- (172) Id., *A ceia de cinzas*.
- (173) ORNSTEIN, R. *A evolução da consciência: de Darwin a Freud, a origem e os fundamentos da mente*.
- (174) NEUMANN, E. *História da consciência*, p. 32.

- (175) LIPTON, B. H. *The Biology of Belief, Unleashing the Power of Consciousness, Matter and Miracles.*
- (176) ORNSTEIN, R., *op. cit.*
- (177) GOSWAMI, 2008a, 2008b, 2008c, 2010
- (178) MARINO JR., R. *A religião do cérebro.*
- (179) WILBER, K. *Integral Spirituality.*
- (180) RIBEIRO, J. P. *Gestalt-Terapia: o processo grupal.*
- (181) Id., *ibid.*
- (182) Id., *ibid.*, p. 26.
- (183) HAMEROFF; PENROSE apud COVOLAN, R. J. M. *Consciência quântica ou consciência crítica?*
- (184) ECCLES, J. *How the Self Controls its Brain.*
- (185) MARINO JR., R., *op. cit.*
- (186) Id., *ibid.*, p. 116.
- (187) XAVIER, N. S. *Fulfillment using real conscience.*
- (188) OLIVIERI, M. *O problema filosófico da Angústia.*
- (189) BUBER, M. *Eu e Tu.*

BIBLIOGRAFIA

ALLEN, J. G. *Coping with Trauma*. 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005.

ALPER, M. *A parte divina do cérebro*. Rio de Janeiro: Best Seller, 2007.

ANAUT, M. A. *Resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

ANTUNES, C. *Resiliência: a construção de uma nova pedagogia para uma escola pública de qualidade*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BARRETO, A. P. O simbolismo da dor. In: CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G. P.; BARRETO, A. P. *Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras*. Brasília: Charbel, 2011. p. 311-362.

_____. *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: LCR, 2008.

BARROS, M. *O espírito vem pelas águas*. São Paulo: Loyola, 2004.

_____. *O sonho da paz*. Petrópolis: Vozes, 1995.

BENGHOZI, P. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, v. 17, p. 101-109, 2005.

BERCELI, D. *Exercícios para libertação do trauma*. 2ª ed. Recife: Libertas, 2009.

BLANKE, O.; ORTIGUE, S.; LANDIS, T.; SEEK, M. Stimulating Illusory Own-Body Perceptions. *Nature*, v. 419, p. 269-270, 2002.

BLAVATSKY, H. P. *Isis sem véu*. São Paulo: Pensamento, 2008.

_____. *A voz do silêncio*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

BORGES, J. L.; KRISTENSEN, C. H.; DELL'AGLIO, D. D.

Neuroplasticidade e resiliência em crianças e adolescentes vítimas de maus tratos. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

BRANDEN, N. *O poder da autoestima*. 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRUNO, G. *A ceia de cinzas*. Caxias do Sul: EdUCS, 2012.

_____. *Acerca do Infinito, do Universo e dos Mundos*. São Paulo: Madras, 2007.

_____. *A Causa, o Princípio e o Uno*. São Paulo: Stella, 1988.

BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo: Centauro, 2012.

CADERNO de Cultura Nova Acrópole. Hipátia de Alexandria: breve relato de sua vida e obra, ano XI, n. 42, Nova Acrópole, [s.d.].

CAMAROTTI, M. H. Resiliência: quando a lagarta se torna borboleta. 2011. Disponível em: <http://www.mismecdf.org/novosite/artigodomes/02-2012-Resiliencia_quando_a_lagarta_se_torna_borboleta.pdf 2011>. Acesso em: 27 jan. 2012.

_____. Ter saúde é ter projetos. *Reviva*, ano V, 2008.

_____. A doença como fonte de transformação: um estímulo à resiliência comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Orgs.). *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*, 2007.

_____; TEIXEIRA, H. Saúde Mental e Trabalho: estudo da Regional Norte de Saúde do DF. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, v. 7, nº 1, p. 29-40, 1996.

_____; Terapia Comunitária Integrativa: do individual para o grupal – eis o desafio! Disponível em: <<http://www.mismecdf.org/novosite/artigos.php>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

_____; CAMAROTTI, J.; BARCELLOS, P. P. Filosofia e a Terapia Comunitária Integrativa: uma compreensão à maneira clássica. In: CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G. P.; BARRETO, A. P. *Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras*. Brasília: Charbel, 2011. p. 53-78.

_____; GOMES, D. O. Terapia Comunitária: a circularidade nas relações sociais. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. *Manual de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 218-231.

CAMELO, L. G. *Efeitos da meditação prânica sobre o bem-estar físico e emocional e os níveis hormonais de praticantes recentes*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 2011.

CARMELO, E. *Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor*. São Paulo: Gente, 2008.

_____; *Superando a mudança com resiliência*. São Paulo: Philips, 2007.

CARVALHO, F. T. e cols. Fatores de proteção relacionados à promoção da resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, nº 9, set. 2007.

CHOPRA, D.; TANZI, R. E. *Superbrain*. New York: Harmony Books, 2012.

COLLINS, F. S. *A linguagem de Deus*. São Paulo: Gente, 2007.

CONFÚCIO. *Os Analectos*. Porto Alegre: L&PM, 2006.

COVOLAN, R. J. M. Consciência quântica ou consciência crítica? 23 out. 2011. Disponível em: <http://www.guia.heu.nom.br/consciencia_quantica.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

CYRULNIK, B. *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob, 2004.

D'AFONSECA, A. C. O. B.; BARBOSA, M. P. M. A contribuição da Terapia Comunitária na elevação da autoestima. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Orgs.). *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*, 2007. p. 429-436.

D'ANDREA, F. F. Conceito de Personalidade. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/57747159/CONCEITO-DE-PERSONALIDADE>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

DAHLKE, R. *A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidade de desenvolvimento*. Trad. de Dante Pignatari. São Paulo: Cultrix, 2007.

DAMASIO, A. R. *E o cérebro criou o homem*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DAVIDSON, R. J.; BEGLEY, S. *The Emotional Life of Your Brain*. New York : A Plume Book, 2013.

DELAGE, M.; CYRULNIK, B. *Famille et resilience*. Paris: Odile Jacob, 2010.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix, 2007.

ECCLES, J. *How the Self Controls its Brain*. Berlin: Springer-Verlag, 1994.

ELIADE, M. *História das crenças e das ideias religiosas I*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

EPICTETO. *A arte de viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

FERGUSON, M. *A conspiração aquariana*. São Paulo: Record, 1980,

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLACH, F. *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva, 1991.

FRANKL, V. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. *Sede de sentido (neurotização da humanidade ou reumanização da psicoterapia?)*. São Paulo: Quadrante, Soc. Publicações Culturais, 1989.

FREDRICKSON, B. L.; TUGADE, M. M.; WAUGH, C. E.; LARKIN, G. R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 84, p. 365-76, 2003.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, T. G. A. Terapia Comunitária Integrativa e a Teoria do Apego. In: CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G. P.; BARRETO, A. P.

Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras. Brasília: Charbel, 2011. p. 225-240.

FUKUI, L.; MARCHETTI, L. Perfil: considerações sobre a pessoa do terapeuta comunitário. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Orgs.). *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GALLIANO, A. G. *O método científico: teoria e prática*. São Paulo: Harbra, 1979.

GAZZANIGA, M. S. *Human: The Science Behind What Makes Your Brain Unique*. New York: Harper Perennial, 2008.

GIORDANO BRUNO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2013. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Giordano_Bruno&oldid=36356711>. Acesso em: 25 mar. 2013.

GOIS, A. *Espiritualidade e resiliência: a superação e a transcendência*. Disponível em: <<http://allangois.blogspot.com/2007/07/espirtualidade-e-resilincia-superao-e.html>>. Acesso em: 19 jan. 2012.

GOSWANI, A. *Deus não está morto*. São Paulo: Aleph, 2008a.

_____. *A física da alma*. São Paulo: Aleph, 2008b.

_____. *O universo autoconsciente*. São Paulo: Aleph, 2008c.

_____. *O ativista quântico*. São Paulo: Aleph, 2010.

GRANDESSO, M.; CERVENY, C. Da multidão ao sistema: reflexões sobre particularidades da Terapia Comunitária com grandes grupos. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Orgs.). *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GRIFFITH, J. L. *Religion That Heals, Religion That Harms: A Guide for Clinical Practice*. New York: Guilford Press, 2010.

HAYES, J. P.; GILBERTSON, M. W. Understanding Post-Traumatic Stress Disorder. In: VASTERLING, J. J.; BRYANT, R. A.; KEANE,

T. M. (Eds.). *PTSD and Mild Traumatic Brain Injury*. New York: The Guilford Press, 2012.

HUGON, H. Algumas reflexões sobre o papel do terapeuta comunitário. Disponível em: <<http://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/algumas-reflexoes#download>>. Acesso em: 27 jan. 2012.

_____. Educação terapêutica do paciente e a Terapia Comunitária Integrativa. In: CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G. P.; BARRETO, A. P. *Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras*. Brasília: Charbel, 2011. p. 241-263.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KAWANO, Carmen. No século 4, Hipátia foi pioneira no estudo da matemática e filosofia. *Revista Galileu*, Editora Globo. Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Revista/Galileu/0,,ED_G80822-7899-198,00-CIENCIA+DE+SAIAS.html>. Acesso em: 03 mar. 2013.

KOLLER, S. H. Resiliência e vulnerabilidade em crianças que trabalham e vivem na rua. 1996. Disponível em: <http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos_15/koller.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2012.

LANDAU, J. El modelo LINC: una estrategia colaborativa para la resiliencia comunitaria. *Sistemas Familiares*, v, 20, nº 3, 2004. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-AC%20Resiliencia.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2012.

_____; SAUL, J. Facilitando a resiliência da família e da comunidade em resposta a grandes desastres. *Pensando Famílias*, nº 4, ano 4, p. 56-78, 2002.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LAU, D. C. *Os Analectos: Confúcio*. Porto Alegre: L&PM, 2007.

LAWRENCE, R. M.; DUGGAL, A. Spirituality in psychiatric education and training. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 94, nº 6, 2001, p. 303-305. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1281535/>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

LAZARTE, R. Aceitação de si. 04 fev. 2012 Disponível em: <<http://rolandolazarterapeutacomunitario.blogspot.com.br/2012/02/aceitacao-de-si.html>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

LIPTON, B. H. *The Biology of Belief, Unleashing the Power of Consciousness, Matter and Miracles*. Santa Rosa, CA: Elite Books, 2008.

LIVRAGA, J. A. *Curso de Introdução à Filosofia à Maneira Clássica*. Brasília: Ícone, 2010.

LURIA, A. R. *Fundamentos de Neuropsicologia*. Trad. de Juarez Aranha Ricardo. Rio de Janeiro: LTC ; São Paulo: Edusp, 1974.

MACHADO, A. P. O. Resiliência e promoção de saúde: uma relação possível. 06 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0516.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2012.

MAIA, E. Mas, o que é autoestima? 2005. Disponível em: <http://www.inpaonline.com.br/artigos/voce/auto_estima.htm>. Acesso em: 29 jan. 2012.

MALHEIROS, E. O uso da fala como instrumento restaurador dos males psicossomáticos e melhoria da qualidade de vida. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Orgs.). *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MARINO JR., R. *A religião do cérebro*. São Paulo: Gente, 2005.

MARKOLIN, C. Nova medicina alemã: o paradigma médico do Dr. Hamer. 21 nov. 2009. Disponível em: <http://www.luzdegaia.org/outros/diversos/nova_medicina.htm>. Acesso em: 19 jan. 2012.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.; cols. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MYSS, C. *Anatomía del espíritu*. Barcelona: Zeta Bosillo, 2006.

_____. *El poder invisible en acción*. Barcelona: Vergara, 2005.

NEDER, M. O viver solitário e a Terapia Comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Orgs.). *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NELSON, K. *The Spiritual Doorway in the Brain*. New York: Dutton, 2011.

NEUMANN, E. *História da consciência*. São Paulo: Cultrix, 1996.

OLIVIERI, M. O problema filosófico da Angústia. Disponível em: <http://www.vaniadiniz.pro.br/espaco_ecos/filosofia_virginia/mariah_de_olivieri_o_problema_filosofico_da_angustia_existencial.htm>. Acesso em: 03 mar. 2013.

OLSON, S. *A história da humanidade: desvendando 150 mil anos da nossa trajetória através dos genes*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ORNSTEIN, R. *A evolução da consciência: de Darwin a Freud, a origem e os fundamentos da mente*. São Paulo: Best Seller, 1991.

PAGARMENT, K. I. *Spiritually integrated psychotherapy*. New York: Guilford, 2007. p. 3.

PEDROZA, M. Bioenergetic Analysis and Community Therapy, Expanding the Paradigm. *The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetics Analysis*, v. 20, 2010.

_____. Adaptando-se aos caos: uma experiência de TC no corredor do Hospital Público. A Terapia Comunitária no Brasil. *Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária*. Brasília-DF, 2004.

PERES, J. *Trauma e superação*. São Paulo: Roca, 2009.

_____; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, maio-ago. 2005.

_____; MOREIRA-ALMEIDA, A.; NASELLO, A. G.; KOENIG, H. G. Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health*, v. 46, p. 343-350, 2007.

_____; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Spirituality, religiousness and psychotherapy. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, sup.1, 2007.

PERT, C. B. *Molecules of Emotions: Why You Feel The Way You Feel*. New York: Simon & Schuster, 1997.

PIOVAN, R. *Resiliência: como superar pressões e adversidades no trabalho*. São Paulo: Reino, 2011.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; Yunes, M. A. M. (Orgs.). *Resiliência e Psicologia Positiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

POLLETTI, R.; DOBBS, B. *A resiliência: a arte de dar a volta por cima*. Petrópolis: Vozes, 2007.

QUAYLE, J.; SOUZA DE LUCIA, M. C. (Orgs.). *Adoecer: as interações do doente com sua doença*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

REMEN, R. N. *O paciente como ser humano*. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1993.

REVISTA ESFINGE, nº 36, Edições Nova Acrópole, 2011.

RIBEIRO, J. P. *Gestalt-Terapia: o processo grupal*. 3ª ed. São Paulo: Summus, 1994.

RILKE, R. M. *Cartas a um jovem poeta*. Trad. de RÓNAI, P. Rio de Janeiro: Globo, 1986.

RITCHIE, E. C.; WATSON, P. J.; FRIEDMAN, M. J. (Eds.). *Interventions following mass violence and disasters: strategies for mental health practice*. New York: Guilford, 2006.

ROCHA, F. L.; HARA, C.; RAMOS, M. G. *Refratariedade e situações clínicas de difícil abordagem em psiquiatria*. Belo Horizonte: Folium, 2011.

RUDNICKI, T. Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 10, nº 2, dez. 2007.

SATINOVER, J. O cérebro quântico: as novas descobertas da neurociência e a próxima geração de seres humanos. São Paulo: Aleph, 2007.

SERVAN-SCHREIBER, D. *Curar: o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem picanálise*. São Paulo: Sá, 2004.

STIX, G. Resiliência: a coragem. *Scientific Arican*. Disponível em: <<http://>

www.methodus.com.br/ artigo/676/resiliencia-a-coragem.html>. Acesso em: 29 jan. 2012.

THORESEN, C. E.; HARRIS, A. H. S. Spirituality and Health: What's the Evidence and What's Needed? *Annals of Behavioral Medicine*, v. 24, nº 1, 2002, p. 3-13.

TOSTA, C. E. e cols. *The effect of intercessory prayer on phagocytosis by human neutrophils and monocytes*. 2004.

URSANO, R. J.; NORWOOD, A. E. *Trauma & Disaster: Response & Management*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc., 2003.

VASCONCELOS, A. C. G. D.; RIBEIRO, M. A. *Resiliência: um estudo sobre famílias com portadores de paraplegia*. Curitiba: Juruá, 2010.

VERGHESE, A. Spirituality and mental health. *Indian Journal Psychiatry*, v. 50, nº 4, Oct.-Dec. 2008, p. 233-237. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755140/>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

VERMETTEN, E.; DORAHY, J.; SPIELGEL, D. (Edit.). *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc., 2007.

VIEIRA, W. *Temas da Conscienciologia*. Rio de Janeiro: IIPC, 1997.

WILLIAMSON, P. C.; ALLMAN, J. M. *The Human Illness: Neuropsychiatric Disorders and the Nature of the Human Brain*. New York: Oxford, 2011.

XAVIER, N. S. *Fulfillment using real conscience*. Bloomington: AuthorHouse, 2010.

YUNES, M. A. M. Psicologia Positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; Yunes, M. A. M. *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ZOHAR, D.; MARSHALL, I. *Inteligência espiritual: o "Q" que faz a diferença*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SANTELLANO, J. Hipátia de Alexandria. In: *JBWiki*, 02 jun. 2009, São

José dos Campos – SP. Disponível em: <http://www.brasilwiki.com.br/noticia.php?id_noticia=11180>. Acesso em: 25 mar. 2013.

WILBER, K. *Integral Spirituality*. Boston: Integral Books, 2006.

Bibliografia complementar

BARRETO, A. P.; BOYER, J. P. *O índio que vive em mim: itinerário de um psiquiatra brasileiro*. São Paulo: Terceira Margem, 2003.

CONTINI, E. Un psychiatre dans la favela. In: _____. *Collection Les Empecheurs de Penser en Rond*. Marsat, Paris: Synthélabo, 1995.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. *O murmúrio dos fantasmas*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *Falar de amor à beira do abismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Corpo e alma*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

_____. *Autobiografia de um espantalho*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 45ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____; FAUNDEZ, P. *Por uma pedagogia da pergunta*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

Filmografia

ÁGORA. Direção: Alejandro Amenábar. Espanha: Mod Producciones, Himenóptero, Telecinco Cinema, 2009 [produção]. 126 min. Disponível em: <<http://agorathemovie.com/>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

Editora Kiron

Brasília (DF): C-01, lote 01/12, sala 434 - Ed. TTC - Taguatinga

CEP: 72.010-010 - Fone: (61) 3563.5048

sac@editorakiron.com.br www.editorakiron.com.br