

PRIMERA EDICIÓN

PSICOLOGÍA y EMOCIONES

Respuestas Adaptativas Frente a Situaciones Complejas

Cecilia Marcillo
2023



**PSICOLOGÍA Y EMOCIONES.
RESPUESTAS ADAPTATIVAS
FRENTE A SITUACIONES
COMPLEJAS**





PSICOLOGÍA Y EMOCIONES. RESPUESTAS ADAPTATIVAS FRENTE A SITUACIONES COMPLEJAS

Primera edición

Cecilia Marcillo
Facultad De Ciencias Psicológicas
Universidad Central Del Ecuador



Psicología de las emociones. Respuestas adaptativas frente a situaciones complejas

Copyright 2023

Reservados todos los derechos.

© **Dra. Cecilia Marcillo**

Editorial QUEYÁM Cía. Ltda.

Pérez de Anda 01-180 y Castillo - Ambato – Ecuador

Teléfono: (+593) 963 634 162

editorial@queyam.com

PRIMERA EDICIÓN 2023

ISBN: 978-9942-7124-2-4

Área: Psicología

Revisión de pares:

Jenny Alexandra Coba Ruiz

Ministerio de Salud Pública

Ambato-Ecuador

Maria Jose Fierro Bosquez

Universidad Estatal de Bolívar

Guaranda-Ecuador

Datos de catalogación bibliográfica

Marcillo, Cecilia.

Psicología de las emociones. Respuestas adaptativas frente a situaciones complejas

Edición :

Marcillo, Cecilia Autor

Bonilla, Diego Editor Literario

Lalaleo, Freddy Coordinador Editorial

Torres, Diana Compilador

Sánchez, Danilo Diseñador

López, Esteban Coordinador Editorial

Gaviláñez, Mauricio Ilustrador

Palacios, Isabel Director del equipo editorial

© Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de esta publicación pueden reproducirse, registrarse o transmitirse, por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea electrónico, mecánico, fotoquímico, magnético o electroóptico, por fotocopia, grabación o cualquier otro, sin permiso previo por escrito del autor. El préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso de este ejemplar requerirá también la autorización del autor o de sus representantes.

DEDICATORIA

*Al público lector, que pueda
encontrar en este libro una
respuesta o una estrategia de
apoyo emocional*





AGRADECIMIENTO

*A Dios por la vida y, a mi familia, siempre
es importante contar con su apoyo.*

PRÓLOGO

Varios estudios señalan que el Ser Humano nace con un circuito emocional connatural, en éste circuito están las emociones primarias, pero hay otras llamadas secundarias que son aprendidas a medida que va experimentando la vida; cada recuerdo, cada experiencia queda grabada en su mente, por ello el recuerdo lleva consigo una emoción.

Tanto los sentimientos como las emociones suelen ser, o expresadas o reprimidas, todo depende del significado y del impacto que tengan en la persona y, se expresan mediante respuestas adaptativas.

Los sentimientos como el amor, el amor propio, el dolor, la soledad, o las emociones como la ira, la felicidad, están inmersos en los comportamientos humanos y se los expresan frente a pérdidas y duelos, relaciones tóxicas, crisis existenciales, identidad, orfandad, entre otras, en cada etapa del desarrollo; muchas de ellas tienen su origen en la infancia y crecen junto a su poseedor; cuando estas son reprimidas, a veces se somatizan y otras se reflejan en comportamientos desatinados o quizá carentes, por ello requieren un tiempo para ser analizadas.

La presente obra titulada “Psicología y emociones. Respuestas adaptativas frente a situaciones complejas”, explicita con un lenguaje sencillo y a la vez técnico, temas interesantes que permiten identificar, aclarar, educar, analizar o simplemente recordar cómo es el comportamiento del ser humano frente a diferentes situaciones de la vida. Esta obra es presentada a editorial Queyám, por Cecilia Marcillo, destacada profesional ecuatoriana de la salud mental y reconocida a nivel virtual por sus videos en plataformas digitales con información sobre diferentes temas abordados desde el punto de vista psicológico, es una valiosa herramienta para quienes están atravesando complejas situaciones que involucran las emociones y sentimientos y quieren aprender, entender, auto controlar, superar o manejar las mismas.

La autora, desde la praxis profesional, a través de su obra, busca compartir conocimientos y sugerencias que sirvan a sus lectores como material aplicable en la mejora de la calidad de vida emocional y en las relaciones interpersonales.

Editorial Queyám

INTRODUCCIÓN

Las emociones son una parte fundamental del Ser Humano, lo ayudan a manejar las relaciones interpersonales, a solucionar problemas con otros, a entender comportamientos como parte de un constructo personal y social. Desde la alegría hasta la tristeza, todas las emociones cumplen una función importante en el desempeño diario de las personas. En esta obra, usted podrá conocer cómo funciona el cerebro a través de sus estructuras, permitiendo al ser humano el manejo del amor, del enamoramiento, las crisis existenciales, el amor propio, la autoestima, la felicidad, el duelo, la muerte, entre otras; y cómo se manifiestan los comportamientos frente a las mismas.

El amor es una emoción compleja que desencadena una serie de respuestas en el cerebro. Cuando se está enamorado, el cerebro libera dopamina, serotonina, norepinefrina, sustancias químicas que dan gozo, felicidad, placer y activan la memoria. Además, el cerebro también libera oxitocina, una hormona que permite la conexión y cercanía con el ser amado. El amor tiene un impacto positivo en la salud emocional. Las personas que están en relaciones amorosas saludables suelen tener mayor autoestima, mayor sensación de bienestar y mayor capacidad para manejar el estrés; sin embargo, el amor también puede ser una fuente de dolor emocional cuando las relaciones terminan o cuando no son saludables.

Las crisis existenciales son momentos en los que la persona se cuestiona el significado de su vida y su existencia. Estas crisis pueden ser desencadenadas por una variedad de sucesos como la muerte de un ser querido, una enfermedad, un cambio importante en la vida o simplemente el paso del tiempo, las crisis existenciales pueden ser emocionalmente abrumadoras y pueden hacer sentir al ser humano perdido o sin rumbo; no obstante, resultan experiencias de crecimiento y transformación personal, si se es capaz de enfrentarlas con valentía y decisión.

El amor propio y la autoestima son capacidades fundamentales en la salud emocional. Cuando se cuenta con un alto nivel de amor propio y autoestima, se es capaz de enfrentar los desafíos de la vida con más confianza y resiliencia, aceptando las propias debilidades y fortalezas. Por otro lado, cuando el nivel de autoestima es bajo, puede dar paso a la inseguridad, ansiedad, depresión, bloqueo de la toma de decisiones; entonces ésta la razón para cuidar de sí mismo y las propias necesidades emocionales eliminando la autocompasión, estableciendo límites saludables en las relaciones con los demás o buscando ayuda profesional si fuera necesario.

El duelo es una reacción frente a la pérdida de cualquier naturaleza, llámese un ser querido, un empleo, una relación, un negocio, entre otros; puede desencadenar una serie de emociones, como la tristeza, la ira, la negación, la frustración, la soledad, la culpa que se expresan en etapas, pero es necesario que la persona pase por las mismas y experimente las diversas emociones a su manera y en su tiempo. Por otro lado, la muerte es una realidad inevitable, quizá la mayoría no está preparada para la misma, pero se puede aprender a hacerlo de manera saludable, quizá hablando con los seres queridos sobre las preferencias de final de vida, preparando un testamento, cerrando ciclos, disfrutando al máximo o buscando apoyo emocional profesional cuando la noticia de una enfermedad incurable aparece.

Finalmente, las emociones son una parte importante de la vida, ayudan a comprender el mundo propio y el de los otros. Del amor al dolor, de la felicidad a la tristeza, del duelo a la crisis existencial, del amor propio a las relaciones tóxicas, las emociones en la psicología humana cumplen una función importante en el bienestar de las personas. Al comprender cómo el cerebro procesa las diversas emociones y experiencias de vida, se puede contar con recursos psicológicos para hacer frente a las dificultades y mejorar la salud emocional.

ÍNDICE

ix
xi

PRÓLOGO
INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

CEREBRO Y EMOCIONES

1.1. Emociones en tiempo de crisis	15
1.2. Amor y Cerebro	18
1.3. Amor Propio	21
1.4. Las Caricias	25
1.5. El Amor	31
1.6. La Felicidad	36
1.7. Soledad	40

CAPÍTULO 2

LOS OTROS Y SU INCIDENCIA EN MÍ

46	2.1. Amistad y los Amigos Verdaderos
50	2.2. Traumas y Dolor en la Infancia a la Vida Adulta
56	2.3. Relaciones Tóxicas
60	2.4. Autoestima
66	2.5. Crisis Existencial
74	2.6. La Ira
78	2.7. Agresividad y violencia en el Ser Humano

CAPÍTULO 3

PÉRDIDA Y ADAPTACIÓN

3.1. Identidad Sexual	85
3.2. La Muerte y su proceso	91
3.3. El Duelo	95
3.4. Depresión y Suicidio	98
3.5. Orfandad emocional	108

REFERENCIAS

1

CAPÍTULO

Las emociones se definen como complejas respuestas psicológicas y fisiológicas que surgen como resultado de la interacción entre un individuo y su entorno

CEREBRO Y EMOCIONES

1.1. Emociones en tiempo de crisis

Las emociones se definen como complejas respuestas psicológicas y fisiológicas que surgen como resultado de la interacción entre un individuo y su entorno; estas respuestas pueden incluir cambios en el estado de ánimo, la percepción, la cognición y la conducta. Las emociones son una parte fundamental de la experiencia humana y tienen una gran influencia en la forma en que las personas interactúan con el mundo que les rodea, por ende, a las emociones se han estudiado en diversos campos, incluyendo la psicología, la neurociencia, la antropología y la sociología, entre otros.

La teoría de las emociones de James-Lange sostiene que las emociones son el resultado de la interpretación de las respuestas fisiológicas del cuerpo a los estímulos del entorno, mientras que la teoría de Cannon-Bard sostiene que las respuestas fisiológicas y las emociones ocurren simultáneamente, además, tienen una gran influencia en el comportamiento humano y pueden afectar la toma de decisiones, la memoria y el aprendizaje, pueden ser expresadas a través del lenguaje corporal, el tono de voz y las expresiones faciales (Asociación Americana de Psicología, 2020).

Un factor importante en las conexiones sociales es tener habilidades relacionadas con las emociones que conduzcan a las relaciones sociales, como, ser capaz de percibir y empatizar con las emociones de los demás, también hay varios factores individuales modificables que atenúan los efectos negativos del estrés para la salud.

Los factores psicológicos bien documentados que conducen a una mínima perturbación o recuperación a la «línea de base» después del estrés o la adversidad incluyen una alta tolerancia a la angustia (Leyro et al., 2010), alta autoestima (Y. Liu et al., 2014), apego seguro (Darling Rasmussen et al., 2019) y alta flexibilidad mental (Tol et al., 2013). Estos factores pueden resumirse mediante la construcción de resiliencia de rasgos, o autoinformes de la tendencia a «recuperarse» después de eventos estresantes. Otros factores psicológicos protegidos bien documentados incluyen baja rumiación y alta reevaluación cognitiva (Grierson et al., 2016) y baja supresión expresiva (Hu et al., 2014).

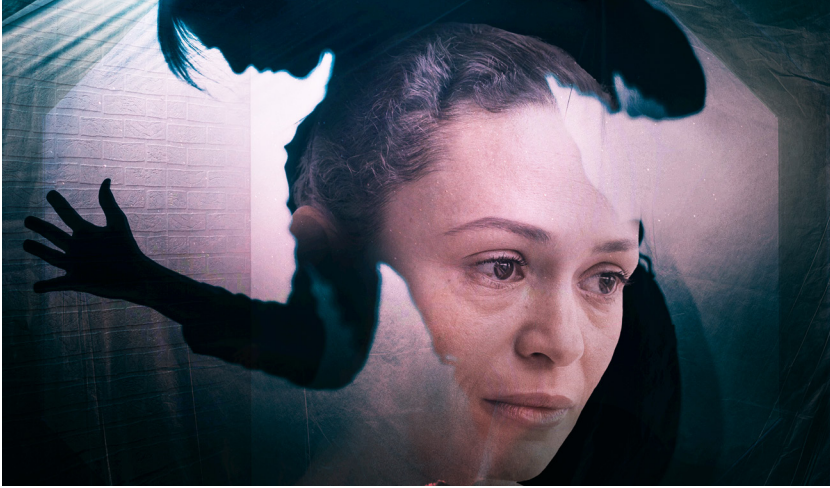
En momentos difíciles y sobre todo en el paso de la pandemia por COVID-19, ¿con cuál de las emociones se identifica?, ¿qué siente?; siente ira, tristeza, impotencia, dolor, culpa o quizá alegría y confianza en que todo pasará, cualquiera que sea la emoción que tiene, es importante que la gestione, ¿cómo hacer esto?

Es saludable darle un nombre a esa emoción. No la oculte, pero tampoco la desborde, usted tiene el derecho a expresarla porque cada uno de nosotros pensamos desde nuestras propias creencias y eso es válido, lo negativo será si usted no toma nuevas perspectivas de comportamiento, es decir si usted no toma conciencia plena de lo dedicado de esta situación para cuidarse y cuidar de los suyos. Lo aceptable es tomar el control de sus propias emociones, ¿existe peligro real?, por supuesto, pero las emociones no responden a esta realidad sino al significado que usted les dé, su cerebro ordena, su cuerpo obedece, gestione emociones,

Figura 1.
Sentimientos durante la pandemia



Figura 2.
Crisis



es tiempo de familia, recogimiento y reflexión, las ideas cobran vida desde lo que empezamos a tomar como verdad para nosotros mismos, nos dejamos llevar por la histeria colectiva, pero usted puede modificar esto si no le gusta y aportar a la calma, la tranquilidad y la disciplina.

*“ ¡La
elección
siempre
es suya! “*

Además de estos estilos específicos de regulación emocional, los investigadores han estudiado la tendencia más general a ver las propias experiencias emocionales como modificables, lo que puede reflejar la capacidad percibida para regular o cambiar las propias emociones (Kneeland et al., 2016). Estas tres diferencias individuales, la autoeficacia emocional, la resiliencia y las creencias sobre la maleabilidad de la emoción, pueden ser más susceptibles de intervención a corto plazo y pueden escalar más fácilmente para abordar las necesidades de atención profesional con respecto a la población, como las producidas por la pandemia.

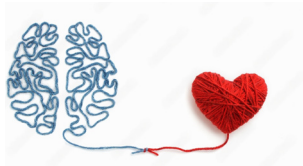
Mantenga equilibrio emocional y dé seguridad a los suyos, esto lleva al bienestar emocional, la decisión es personal, maneje la empatía, mire cuanta soledad, abandono, muerte hay afuera del entorno; siéntase seguro, tenga mucha fé y ore por aquellos héroes que se enfrentan directamente con el enemigo y hasta caen en la batalla, solo distraiga su mente en cosas productivas que incrementen su autoconfianza, usted decide lo que está bien o mal.

El estrés crónico se asocia con peor salud física y mayor riesgo de suicidio (Kennedy et al., 1988), y hay evidencia de que contribuye al desarrollo de trastornos psiquiátricos, diagnósticos, como el trastorno depresivo mayor (Hughes et al., 2017).

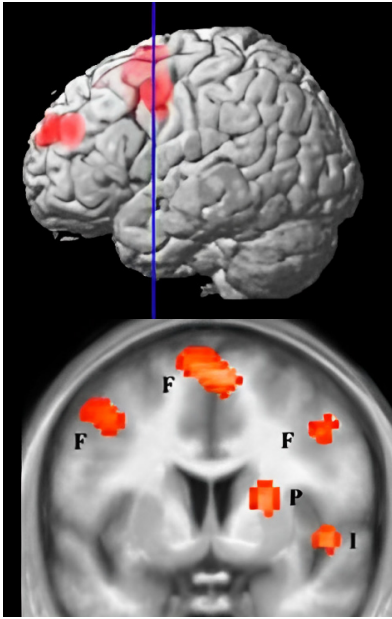
El estrés generalizado, con el tiempo es prolongado por estar relacionado con la pandemia del SARS-CoV-2 y los conflictos sociales y económicos implicados, se han relacionado con varios índices de empeoramiento de la salud mental: mayores tasas y gravedad de la depresión y la ansiedad, aumentaron las visitas a la sala de emergencias por motivos de salud mental y, en algunos contextos, aumentaron las tasas de abuso de sustancias y sobredosis letales (Ettman et al., 2020; Holland et al., 2021; Mason et al., 2021).

1.2 Amor y cerebro

El sentimiento emocional: se puede definir como el constituyente afectivo de las emociones que representan una experiencia subjetiva como, por ejemplo, sentir amor u odio. Varios estudios recientes de neuroimagen se han centrado en este componente afectivo de las emociones, con el objetivo de caracterizar los correlatos neurales subyacentes, estos estudios indican que la corteza prefrontal órbita medial está involucrada de manera crucial en el procesamiento de los sentimientos emocionales (Heinzel & Northoff, 2009).



*“ Cerebro, emociones
de amor y odio. “*

Figura 3.*Activación de áreas cerebrales frente al odio*

Nota. El «circuito del odio» del cerebro – las áreas se activan cuando se mira en una persona odiada – revelado por las exploraciones de resonancia magnética funcional.

F=corteza frontal, P=putamen, I=insular. Cortesía de "University College London".

Fuente: Excélsior, 2023

En el cerebro humano existen estructuras que se especializan en diferentes funciones, a través de la imagenología y especialmente de la resonancia magnética funcional, se ha logrado visualizar la activación de áreas del córtex mientras el sujeto realiza actividades mentales. Zeki y Romaya, (2008) coordinaron una investigación sobre el amor y el odio, y determinaron que en ambas emociones se activan las mismas zonas cerebrales, esta son la ínsula y el putamen, pero curiosamente observaron que a nivel frontal mientras en el amor se inhibe la corteza prefrontal, en el odio esta se activa, manifestaron que cuando sentimos amor somos pasionales y hasta irracionales, y que cuando odiamos somos fríos y calculadores, quizás por esto se diga que del amor al odio hay un solo paso señala (Shigihara & Zeki, 2014).

De hecho, la capacidad de inferir el estado mental de otra persona requiere la capacidad de inhibir el sesgo egocéntrico a través del cual atribuimos nuestras propias intenciones, creencias o emociones a terceros, y la circunvolución frontopolar es un área cerebral que parece desempeñar un papel importante en esta inhibición (Lamm & Singer, 2010; Moriguchi et al., 2007; Ruby & Decety, 2003).

Los datos publicados sugieren que adoptar la perspectiva de otra persona y diferenciar la agencia de las acciones implica la activación bilateral de la unión ténporo-parietal (TPJ) y la activación de la



circunvolución frontopolar para diversas tareas, ya sean motoras, conceptuales o emocionales (David et al., 2008; Lamm & Singer, 2010; Ruby & Decety, 2001).

La empatía nos permite comprender y reaccionar ante los sentimientos y sensaciones de otras personas; podemos juzgar con mayor precisión la situación de otra persona cuando somos conscientes de sus emociones (Bucchioni et al., 2015). Ahora, al hablar del cerebro enamorado, la neurocientífica Brown et al., (2012), a través del estudio cerebral con escáner, manifiesta que tres son las áreas que se activan y cada una señala el sentir de la persona, así atracción, romance o amor verdadero.

A través de imágenes de resonancia magnética funcional se ha descubierto que se produce una activación específica en el área tegmental ventral derecha y el núcleo caudado derecho, estas áreas se caracterizan por ser conductores de la dopamina, neurotransmisor asociado con la recompensa y la motivación de los mamíferos, en consecuencia, el sistema de recompensa cerebral de dichas rutas dopaminérgicas se activaría con mayor intensidad frente a la persona que nos atrae (Brown et al., 2012). De igual manera, zonas como el cíngulo anterior u otras áreas corticales, como, por ejemplo, la corteza piriforme y la ínsula, se encuentran fuertemente relacionadas con nuestros estados fisiológicos, esto quiere decir que, en conjunto con las funciones ejecutivas, se activan para que podamos actuar de determinada forma con nuestro ser querido (Garza, 2010).

Por otra parte, no podemos dejar de lado uno de los principales centros o áreas de la emoción, el sistema límbico, clave en la neurobiología del amor; la primera área, el hipotálamo, formado por una serie de núcleos, entre ellos el paraventricular, regula la secreción de oxitocina, vasopresina y la adrenocorticotropina, libera además testosterona y la relación de pareja es más de atracción, de deseo, es instinto, no es signo de verdadero amor.

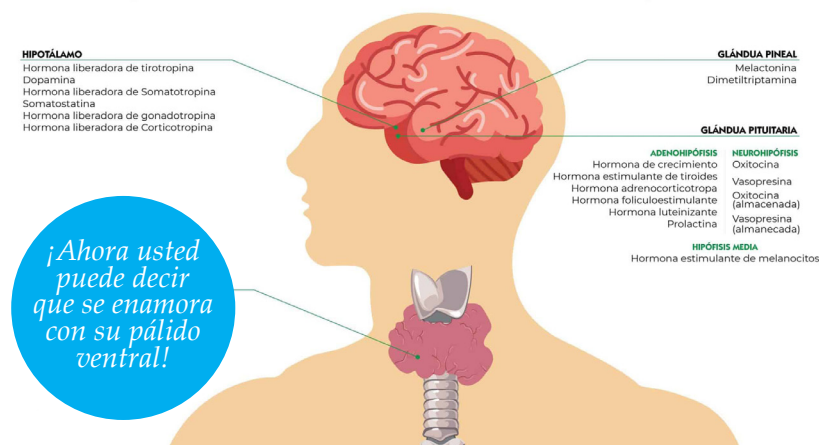
La siguiente área, el tegmento ventral, segrega dopamina, activa el circuito de recompensa, hace que todo se vea bonito, dulce, vemos a la otra persona muy hermosa o hermoso, nos encanta su forma de



ser, este es el romance, y durante el primer año de relación se generan sentimientos que lo alimentan. Por último, el pálido ventral, que es un componente del sistema de recompensa y del placer, recibe entradas dopaminérgicas como la oxitocina y vasopresina, que son consideradas neurohormonas del apego y ayudan al vínculo de la pareja; los científicos dicen que estas neurohormonas hacen que seamos monógamos, es la zona del amor verdadero, la del compromiso, ayudan a mantener la relación estable por largos años. Según la etapa del enamoramiento en la que usted este, se estará activando estas tres áreas cerebrales.

Figura 4.

Secreción de hormonas desde diferentes áreas del cerebro



Nota. Fuente: <https://campusvygon.com/vasopresina/>

1.3. Amor propio

El amor propio se refiere a la valoración que tenemos de nosotros mismos, y se relaciona con la forma en que nos tratamos y nos percibimos. Según Branden (1992), el amor propio es la autoestima, y se define como «el juicio básico que hacemos sobre nosotros mismos como seres dignos de respeto», es decir, es la opinión que tenemos de nosotros mismos y cómo nos valoramos como personas. Charles Chaplin decía: “Cuando me amé de verdad, comencé a liberarme de todo lo que no fuese saludable: personas, situaciones y cualquier cosa

que me empujara hacia abajo. De inicio mi razón llamó a esa actitud egoísmo, hoy sé que es amor propio [énfasis agregado]" (García, 2016).

Figura 5

Amarse a uno mismo



El amor propio es la consideración y estima que una persona siente hacia sí misma, sin embargo, a pesar de esta estima, se espera ser considerado y valorado por los demás. Tal vez sea una necesidad innata en el ser humano para valorar su propia existencia, implica amarnos a nosotros mismos, pero también a los demás y a la hermosa naturaleza en la que habitamos día a día. Que bien puede ser nuestro propio cuerpo, donde existimos, tal y

como somos, con todos los defectos, con todas las virtudes que se convierten en recursos propios para cada uno. El amor propio se relaciona estrechamente con la autoestima, ya que esta última es la evaluación que hacemos de nuestras capacidades y limitaciones, lo cual influye en cómo nos sentimos con respecto a nosotros mismos.

Según Rosenberg, (1965b), toda actitud general que los seres humanos tenemos hacia nosotros mismos se podría definir como autoestima, es decir, la autoestima se refiere a la valoración que hacemos de nuestras habilidades y características como personas.

Sartre, (1961) señala algo importante que como autor lo encaja en el amor propio, pues, explica que, pese al dolor, maltrato y a todo lo que han

Figura 6

Autovaloración



hecho con nosotros, nuestros padres, la escuela y el sistema en general, tenemos libertad, para redefinirnos, para reinventarnos, ser lo que queremos, con todo el bagaje de lo que otros nos entregaron, pero seremos después más tarde lo que decidamos ser y hacer. Si no nos redefinimos, reprimimos y la represión a decir de, Sartre, (1961) engendrará rebelión, rebelión en este caso, para con nuestro entorno, vivir en la excusa o en la victimización confirmado está, es una pérdida de tiempo y es urgente que nos recuperemos a nosotros y nos amemos tal cual seamos. Entonces, solo entonces:

“Irradiaremos seguridad y confianza para la convivencia social en la cual nos movemos día a día, no tendría sentido una vida sin nosotros mismos, no se trata de evitar el dolor, se trata de decidir vivir o no en el sufrimiento, no se trata de negar la experiencia, se trata de reacomodarse y adaptarse a la actual realidad”.

A continuación, algunas sugerencias para construir el amor propio:

1. Recuerde que sus éxitos o fracasos no lo definen, usted es mucho más de lo que tiene: títulos, grados, cargos, dinero, poder.
2. No se compare con los demás pensando “si yo fuera como”, “si yo tuviera, seguro sería feliz”, “soy un desastre”, usted es como es y eso es lo más valioso, es decir, no vea en los demás lo que no tiene, vea en usted mismo lo que sí y aproveche, créalo, los demás emulan las cosas lindas de usted.
3. Priorice sus necesidades, no sus deseos, la prioridad está más al alcance de su mano.
4. Arréglese físicamente, no necesita pintar su rostro, su cabello, vestir elegante o cambiar su físico, es solo realzar sus cualidades físicas. El amor a sí mismo depende de usted, no de los otros.
5. Conozca personas, lugares, culturas, ideas nuevas, enriquezca las suyas.
6. Quíerase tal y como es, reconozca sus fortalezas y debilidades.
7. Elimine la culpa, solo piense que, si un impulso lo llevó a actuar mal, identifique que está detrás de ese impulso, dé un nombre a aquello que le causa miedo y confróntelo, y verá que aún puede cambiarlo.
8. Respétese, no sea duro consigo mismo, téngase confianza, el inicio es un poco dudoso, cuando se decide todo cambia.
9. Sea auténtico, ser original saca a la luz toda la belleza que esconde.

10. No viva para complacer a los demás y que lo acepten, acéptese y viva para mimarse primero a usted.
11. Ámese, no de lástima, dese su propio valor en función suya y no de otros. La crueldad de los demás no la puede controlar, pero lo que usted piensa sí.
12. Busque el equilibrio entre sus emociones, autoestima y amor propio.

Figura 7
Amor propio



El filósofo indio Krishnamurti, (1974) afirmaba que: «Lo contrario del amor no es el odio, sino el miedo», el miedo a perder, a no ser aceptado, a morir, a que no nos amen por ser como somos, a no tener, a mirar el logro del otro y asumir que no podemos. Por tanto, no es lo que somos lo que nos limita sino lo que pensamos que no somos, que no tenemos, que no alcanzamos. Valorar la riqueza de nuestro propio ser es valorar nuestro potencial, el pensar sin sentido hace ruido en nuestra mente y esto nos enferma.

La falta de amor propio puede tener consecuencias negativas en la vida de las personas, según Baumeister et al. (1996) «La falta de amor propio puede generar sentimientos de desesperanza, desesperación, depresión y ansiedad» cuando no nos valoramos a nosotros mismos, es difícil tener confianza en nuestras capacidades y enfrentar los retos de la vida de manera efectiva (p.12).

Un proverbio hindú nos señala que:

“No hay nada noble en ser superior a otro hombre. La verdadera nobleza está en ser superior a tu yo interior”

Para terminar este tema:

Un poema del poeta francés Albert Camus

*“En medio del odio me pareció que
había dentro de mí un amor invencible,
en medio de las lágrimas me pareció que
había dentro de mí una sonrisa invencible,
en medio del caos me pareció que
había dentro de mí una calma invencible.
Me di cuenta, a pesar de todo, que
en medio del invierno había dentro de mí
un verano invencible y eso me hace feliz.
Porque no importa lo duro que el mundo
empuje en mí contra, dentro de mí hay algo
más fuerte, algo mejor empujando de vuelta”*



Albert Camus (1954)

A estos hermosos versos yo los llamo “amor propio”.

1.4. Las caricias

¿Por qué son importantes las caricias?

Nuestro cuerpo es el medio por el cual nos relacionamos con el mundo físico y social que nos rodea, proporcionando la condición de fondo que permite la percepción y la acción (Riva, 2018). Por lo tanto, poder representar el cuerpo propio y el de los demás es fundamental para la percepción, la cognición y el comportamiento humano (Slaughter & Brownell, 2012). Autoconciencia corporal, que es la capacidad de sentir y reconocer nuestro cuerpo como algo separado del entorno (Craig, 2002), surge gradualmente a través de un proceso activo de percepción y exploración multisensorial, lo que permite unir la información sensorial externa (exterocepción; por ejemplo, visión y

audición) y la información corporal interna, propiocepción, que es el sentido de la posición del cuerpo a partir de la entrada de músculos y articulaciones, e interocepción, que se refiere a la condición fisiológica del cuerpo que se origina a partir de la sensación visceral (Craig, 2003).

La autoconciencia corporal, que es la capacidad de sentir y reconocer nuestro cuerpo como propio, implica la codificación e integración de una amplia gama de señales motoras y multisensoriales (Della Longa et al., 2020). La correlación o sincronía espacio-temporal juega un papel fundamental para el procesamiento efectivo de la información multisensorial. De hecho, nuestro cerebro combina selectivamente señales relacionadas a través del flujo continuo de entradas multisensoriales basadas en la concurrencia espacial y temporal (Parise & Ernst, 2016). Los estudios de adultos exploraron el papel de la integración multisensorial en la experiencia de autoconciencia corporal basada en la inducción de estados ilusorios de propiedad del cuerpo, es decir, el sentimiento de que “mi cuerpo” me pertenece (Gallagher, 2000).

Figura 8
Caricias

Las caricias desde siempre han sido necesarias para fortalecer los vínculos afectivos entre los seres humanos y me atrevería a decir entre los seres humanos y algunos animales y plantas. Se ha demostrado científicamente que las caricias expresadas en abrazos fortalecen el sistema inmune, reducen el estrés, calman la ansiedad, consuelan en la tristeza y acompañan en el dolor, y aunque no nos demos cuenta mientras se establece la caricia, el cerebro genera cambios en la bioquímica, ralentizando la producción de cortisol, adrenalina y noradrenalina, mientras estimula la producción de dopamina, serotonina, oxitocina, endorfina y el sistema de recompensa.



Las caricias son muy importantes porque a través de ellas transmitimos emociones positivas, por ello podemos descifrar los mensajes de amor, cariño, apego, inclusión y pertenencia, pues la caricia es una forma de lenguaje no verbal que activa redes neuronales y corporales que mejoran el estado psíquico, físico, cognitivo y emocional de las personas. También son importantes porque fisiológicamente se observan cambios cuando se produce el contacto físico a través del abrazo o la caricia, se activa el sistema nervioso autónomo relajando funciones como la presión sanguínea, la temperatura corporal e inclusive la sensación de dolor, la confrontación o huida, puesto que también podemos descifrar si el contacto es agradable o desagradable, si es caricia o es golpe, entonces el cerebro prepara la respuesta inmediata de correspondencia con el otro.

Algunos estudios sobre los efectos de las caricias señalan que todos los sentidos, el tacto a través de suaves toques, permite un diálogo tónico, un vínculo entre la madre y el hijo, entre los amigos, entre los miembros de una familia, en la pareja y entre las personas en general que pertenecen al endogrupo, despertando en el cerebro la sensación de bienestar, por ello las personas requerimos siempre sentir este contacto con los nuestros.

En el libro «Caricias: El lenguaje del amor» (Chapman, 2015), se explora el papel de las caricias en la comunicación y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales. El autor argumenta que las caricias son un lenguaje universal que puede ser utilizado para expresar amor, afecto y apoyo emocional. Además, se discuten las diferentes formas en que las caricias pueden ser usadas para mejorar la calidad de vida de las personas.

En cuanto a la formación de vínculos emocionales, el libro «El poder de la caricia: Cómo el contacto físico puede curar cuerpos, mentes y almas» (Field, 2010) examina cómo las caricias pueden ser empleadas para establecer vínculos emocionales saludables. La autora argumenta que las caricias pueden ser una forma efectiva de construir relaciones de confianza y seguridad en las personas. Asimismo, se exploran las formas en que las caricias pueden ser empleadas en situaciones terapéuticas para tratar trastornos emocionales y mentales.

Figura 9
Vínculos emocionales



En el libro «Caricias: El poder curativo del contacto físico» (Trompeter, 2019), se explora el papel de las caricias en la reducción del estrés y la ansiedad. A decir de la autora, las caricias pueden ser usadas para reducir la tensión muscular y mejorar la circulación sanguínea, lo que puede tener un impacto positivo en la salud física y emocional de las personas.

Hay un experimento bastante conocido que es el de Jhon Bowlby entre 1960 y 1980, donde demostró que el contacto físico es muy importante, estudió a monos bebés con y sin contacto físico y vio alteraciones a nivel bioquímico desde la regulación del azúcar en la sangre, hasta el incremento del sistema inmunitario y al paso del tiempo logró además observar el comportamiento del bebé mono con contacto y su desarrollo social positivo diferenciándolo del comportamiento del bebé mono sin contacto que desarrolló agresividad, apatía, aislamiento, inclusive indefensión, y esto se observa actualmente en los niños humanos sobre todos aquellos que crecieron con privación de contacto físico, donde su desarrollo muestra retraso físico, emocional y también cognitivo.

Los estudios neurofisiológicos muestran que los componentes positivos y afectivos del tacto se transmiten a través de las fibras táctiles C, una clase de fibras aferentes amielínicas de bajo umbral que están presentes solo en la piel peluda de los mamíferos (Morrison et al., 2010) y que responden preferentemente a caricias suaves administradas a baja velocidad (rango

entre 1 y 10 cm/s) dentro de temperaturas similares a las de la piel Ackerley et al. (2014), que muestran una forma de U invertida entre la velocidad de caricias y la velocidad de disparo (Löken et al., 2009). Es importante destacar que el aumento de la frecuencia de activación de las fibras táctiles C se correlaciona con altas calificaciones de placer táctil, lo que sugiere que estos aferentes están involucrados de manera crítica en el procesamiento de aspectos agradables del tacto (Löken et al., 2009). Además, las fibras táctiles C son distintas de las fibras táctiles mielinizadas que codifican el tacto discriminativo, ya que toman una vía ascendente distinta desde la periferia hasta la ínsula posterior, la corteza somatosensorial secundaria y una red extendida de regiones cerebrales que se sabe que están involucradas. En la percepción social, incluido el surco temporal superior posterior, la corteza prefrontal medial y la corteza cingulada anterior (Olausson et al., 2002). En particular, la ínsula integra entradas de múltiples modalidades sensoriales y regiones corticales límbicas, que están involucradas en el procesamiento de estímulos emocionales y gratificantes, lo que propone que está involucrada de manera crítica en el mantenimiento de la homeostasis del organismo y en la creación de una representación interoceptiva del cuerpo (Craig, 2003).

Actualmente, se presume que quizá esta necesidad de contacto con los miembros del endogrupo y del exogrupo incrementó el uso de las redes sociales que permitió conectarse con otras personas, incluso personas desconocidas, entablar diálogos y encontrar aprobación social a través de «likes», posiblemente también esa necesidad elevó el consumo de alcohol y tabaco, es una relación que se da en los estudios actuales.

Ahora bien, Steiner, (1981), en su teoría de «Economía de caricias», señaló que estas son tan necesarias como la comida o la bebida, que crecer, desarrollarse y vivir depende de la escasez o abundancia de signos afectivos y que las caricias son la unidad social del reconocimiento, que no son una opción, sino una necesidad vital, pues, sin ellas podemos inclusive llegar a morir. Aportes importantes de un grupo de neurocientíficos, señalan que, en pandemia, la falta de contacto incrementó el estrés y al contrario el contacto fortaleció el vínculo, consideran a las caricias como un analgésico natural e incluso

frente al dolor físico ayudan y es por ello que cuando alguna parte de nuestro cuerpo nos duele tendemos a masajearnos, a tocarnos, así hacemos entender al cerebro que no estamos solos y mantenemos el equilibrio emocional es como un refuerzo físico que nos damos para decirnos a nosotros mismos que todo está bien (Ditzen, 2020). Grunwald & Kecklund, (2020) dicen que la soledad se ha convertido en un fenómeno de masas, que implica una amenaza para la salud, al estar solos nuestro cuerpo está en desventaja, pues, el sistema de alerta incrementa el cortisol y esto a su vez aumenta el riesgo de Accidente Cerebro Vascular (AVC), ataques cardíacos y también depresión.

Figura 10

Enfermedades Cerebro Vasculares



Nota. Tomado de: https://www.cdc.gov/stroke/about_esp.htm

Por su parte, Ackerley & Kavounoudias (2020) señalan que la falta de contacto crea barreras que impiden los lazos sociales y esto puede tener un impacto mayor en el bienestar a futuro, el sentido del tacto con la edad se deteriora, pero esto no anula la necesidad de las caricias de hecho las personas en edad avanzada valoran mucho más las mismas, las precisan con más continuidad.

El físico-químico Jhon Rogers (2020) generó una piel artificial que se conecta con la computadora y se pone en la piel de la otra persona, al tocar la pantalla, convierte las corrientes en presiones y vibraciones en la piel de la otra persona, simula un contacto más real, a esto él lo denominó “caricias virtuales”, que sin ser reales podrían de alguna manera paliar el vínculo, pero nunca sustituirlo.

Vamos, atrevase a abrazar, atrevase a acariciar más, esto muy valioso y lo mejor, es gratis.

1.5. El amor

La felicidad que se asocia con emociones positivas generales y una sensación de satisfacción es fundamental para la experiencia humana (Rokeach, 1973; Alexander et al., 2021). Aunque ha habido un progreso significativo en los últimos 40 años en la comprensión de las condiciones que contribuyen a hacer felices a las personas, sigue existiendo una falta importante de claridad sobre lo que define la felicidad y lo que miden los investigadores (Schimmel, 2023). El término filosófico eudaimonia se refiere a un tipo de felicidad diferente a la hedonía (es decir, experimentar placer) y está asociado con experimentar significado (Waterman, 2022). Significando el sentido de la vida se conceptualiza como procesos cognitivos continuos (Heine et al., 2006), que comprenden la comprensión «es decir, dar sentido a las experiencias», el propósito «es decir, las metas personales», y la importancia «es decir, tener un sentido de importancia personal» (George & Park, 2017).



Hablar sobre el amor es definirlo como un sentimiento sublime, hermoso e imprescindible para la vida. Márquez, (1985), en su libro «100 años de soledad», dice: «Había perdido en la espera del amor la fuerza de los muslos, la dureza de los senos, el hábito de la ternura, pero conservaba intacta la locura de corazón» (p.38), para recordarnos que al final lo físico es efímero y que la esencia del ser perdura en cada poro de nuestra piel. Puedo sentir ese batir de alas en mi pecho, aunque mi cuerpo esté avanzado en edad, no hay que olvidar que no tenemos una segunda oportunidad sobre la tierra.

Amamos en todas las edades y amamos en pareja como quiera que esta sea. Todos tenemos la capacidad de amar, pero al hablar del amor el que más a la mano está, es el amor con sentido erótico que al final lleva a la unión de dos cuerpos hambrientos de placer, sin embargo, amamos en varias dimensiones y es importante no basar la vida en una sola, es decir, amar solo a los hijos descuidando al esposo/esposa, amar solo a la pareja descuidando su propio yo, amarse a sí mismo descuidando a su familia, amar solo a la familia descuidando los amigos.

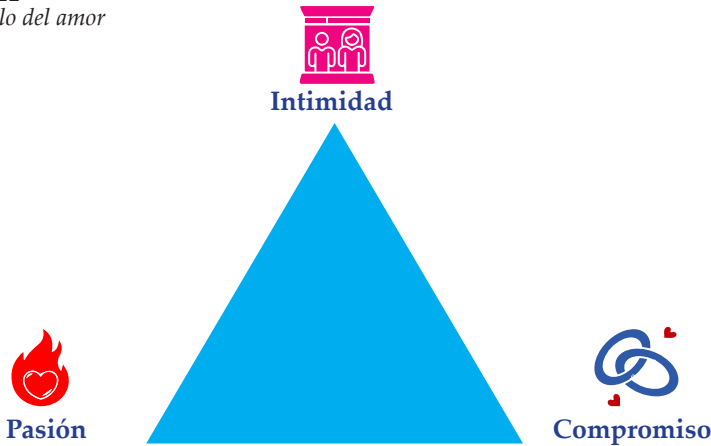
El Triángulo de Sternberg o la teoría triangular del amor es una de las teorías más aceptadas y extendidas que pretende explicar el amor en las relaciones de pareja. Fue propuesta a finales de los años 80 por el psicólogo estadounidense Robert J. Sternberg, también profesor de la Universidad de Yale. Es ampliamente reconocido por sus investigaciones, no solo por sus trabajos centrados en el amor, sino también por el estudio de la inteligencia o la creatividad. El triángulo de Sternberg es una teoría muy útil que nos permite entender este sentimiento tan complejo que es la base de nuestras relaciones interpersonales. Describe tanto los elementos que componen el amor, así como las posibles combinaciones de estos a la hora de formar nuestras relaciones (Almeida, 2013), nos habla de 3 elementos que los ubica en cada esquina del mismo.

El primer elemento llamado «intimidad», que acerca a dos personas por la confianza, el afecto, la amistad, a este amor el autor lo define como Amor-Cariño. El segundo elemento es «pasión», que equivale a la atracción física, eso que le mueve a buscar al otro, el autor lo define



como «capricho», es decir, una relación superficial sin compromiso que busca compañía y por ello dura poco. El tercer elemento «compromiso», que solo se da cuando se acuerda continuar pese a las desventajas del camino, es por responsabilidad, sin pasión ni intimidad, el autor lo define como «Amor vacío».

Figura 11
Triángulo del amor



Nota. Tomado de: <https://www.psicologiasexologiamallorca.com/triangu-lo-de-sternberg/>

Entonces, se especifican cada uno de ellos a continuación:

- La intimidad hay que entenderla como aquellos sentimientos dentro de la relación que promueven el acercamiento, el vínculo, la conexión, la confianza y el afecto. Es decir, el conocimiento, la confianza y el afecto que manifiesta una persona hacia otra surge de los sentimientos de cercanía, del vínculo y la relación, el deseo de dar y recibir, compartir, etc. La intimidad, por lo general, suele ser estable en el tiempo y se puede controlar de alguna manera.
- La pasión sería el estado intenso de deseo de unión con el otro. Hace referencia a la atracción física y el impulso o la necesidad de estar con la otra persona y mantener relaciones íntimas. La pasión suele ser más inestable y fluctúa con frecuencia.
- El compromiso se refiere a la decisión o voluntad de amar a otra persona y mantener ese vínculo tanto en los buenos como en los

malos momentos. Al igual que la intimidad, suele ser un componente bastante estable en el tiempo (Sternberg & Turner, 1989).

A partir de estos elementos y sus diferentes combinaciones pueden explicarse los distintos tipos de amor, así como las diferentes etapas de una relación de pareja. Asimismo, Sternberg asegura que una relación basada en un único componente será más complicada de mantener que otra que presenta dos o tres componentes del triángulo. La combinación de estos tres a su vez da otros tipos de amor, así, si se unen la intimidad y la pasión, se genera un «Amor romántico», pero de corta duración. Si se unen la intimidad y el compromiso se genera el «amor sociable», sin pasión que se establece por lazos que los atan como los hijos, pero no es tan satisfactoria para ninguno de los dos, si se une la pasión y el compromiso se genera el «Amor fatuo», carente de intimidad y se desgastará rápidamente, lo ideal es unir los tres elementos, a esto Sternberg lo llama «Amor consumado», sugiero cuidar cada uno para que el amor no se vuelva consumido, el secreto es mantener equilibrio, es mantener la expectativa por el otro, dejar algo para mañana de tal forma que la espera siempre valga la pena.

Tipos de amor según Sternberg

Figura 12

Tipos de amor en el triángulo del amor según Sternberg



Nota. Tomado de: [https://www.psicologiasexologiamallorca.com/triangu-
lo-de-sternberg/](https://www.psicologiasexologiamallorca.com/triangu-
lo-de-sternberg/)

1. Cariño: hace referencia a la amistad verdadera. Existe intimidad entre dos personas, pero no hay pasión ni compromiso. Los miembros de la relación se sienten cercanos y confían el uno con el otro, pero no hay deseo de tener relaciones íntimas ni compromiso como pareja (Lemieux & Hale, 2000).
2. Encaprichamiento: existe cuando aparece la pasión, pero no hay intimidad ni compromiso. Es lo que comúnmente se entiende como “amor a primera vista” y, generalmente, suelen ser relaciones superficiales que son cortas y triviales. También podría identificarse con el inicio de una relación en la que existe deseo por tener relaciones íntimas, pero todavía no se ha desarrollado la confianza ni el compromiso (Aron & Westbay, 1996).
3. Amor vacío: se caracteriza por un elevado compromiso, pero la pasión y la intimidad no están presentes. Es propio de relaciones largas que se mantienen debido al respeto y la reciprocidad compartida (Martson et al., 1998).
4. Amor romántico: hay pasión e intimidad, pero no compromiso. Es decir, los miembros de la pareja sienten atracción y excitación y también tienen confianza y cercanía. Hace referencia a los amores de verano o a relaciones de muy corta duración. Igualmente, puede darse en el inicio de una relación de pareja y con el paso del tiempo desarrollarse el compromiso (Masuda, 2003).
5. Amor sociable o de compañía: hay intimidad y compromiso, pero no pasión. Suele darse en relaciones duraderas en las que la pasión se ha ido, pero disfrutan de la compañía del otro y han decidido mantener el vínculo. En muchos casos, la convivencia, los hijos y las experiencias juntos son la base para mantenerse unidos (Rubín, 1970).
6. Amor fatuo o loco: hay un gran componente de pasión y un fuerte compromiso, pero no intimidad. Generalmente, el compromiso de permanecer juntos es motivado en su mayor parte por la pasión y el deseo sexual, pero no por la confianza o por tener cosas en común (Balkin, 2019).
7. Amor consumado: es la forma completa del amor, también llamada amor maduro. Representa el modelo ideal del amor, en el que están presentes los tres componentes del triángulo de Sternberg (Serrano & Carreño, 1993).

Además, en el triángulo de Sternberg existen otras relaciones en las que no aparece ningún componente, pero que se mantienen por otro tipo de variables. Este tipo de relaciones son formas de «no amor» (Serrano &



Carreño, 1993). El mismo autor puntualiza que es más difícil mantener el amor consumado o completo que llegar a él, puede no ser permanente. El equilibrio entre estos tres componentes puede ir cambiando a medida que avanza la relación, debe cuidarse (Mazadiego & Garcés, 2011).

Sugiero cuidar cada uno para que el amor no se vuelva consumido, el secreto es mantener equilibrio, mantener la expectativa por el otro, dejar algo para mañana, de tal forma que la espera siempre valga la pena.

Y usted, ¿Ama o está enamorado del amor?

1.6. La felicidad

La salud mental siempre ha sido un tema candente de preocupación general para los académicos. Investigaciones anteriores encontraron que el significado de la vida y la salud mental están estrechamente relacionados (Halama & Dedova, 2007; Glaw et al., 2017). Como predictor positivo de la salud mental individual, la connotación básica es que las personas son conscientes de sus propios objetivos, tareas y misiones en la vida y comprenden, captan o ven el significado de sus propias vidas (Steger et al., 2006). Las personas con altos niveles de significado en la vida tienen más probabilidades de comportarse de manera altruista y percibir una mayor satisfacción con la vida, lo que alivia la presión psicológica (Cao et al., 2023; Trzebinski et al., 2020; Cao et al., 2023). En la actualidad, la investigación sobre el mecanismo de adquisición y promoción del sentido de la vida se centra principalmente en las relaciones sociales, como la intimidad familiar, el apoyo social y las relaciones con los compañeros (Lightsey & Sweeney, 2008; S. Liu et al., 2020).

El campo de la psicología positiva considera que la mentalidad de crecimiento es un tema importante, definido como tener una creencia básica en la inteligencia o la capacidad de uno. Las personas con esta mentalidad tienen la “visión de la capacidad de crecimiento”, creyendo que la inteligencia tiene las características de crecimiento, formación y regulación y puede mejorarse continuamente a través del estudio y la capacitación dedicados (Zhao et al., 2020; Dweck, 2016). Tienden a tener reacciones cognitivas, emocionales y fisiológicas más positivas ante



cambios repentinos (Crum et al., 2017). La teoría de la autodeterminación afirma que todo el mundo necesita el autodesarrollo. Cuando los individuos pueden controlar de manera flexible la interacción entre ellos y el entorno, tienden a auto innovarse y buscar actividades interesantes y desafiantes; también asumen responsabilidad en las actividades y les resulta fácil alcanzar sus objetivos y valores (Ryan & Patrick, 2009). La teoría de ampliar y construir de las emociones positivas postula que las experiencias emocionales positivas reflejan los sentimientos positivos del individuo, conducen a su crecimiento y desarrollo, y tienen un valor de adaptación a largo plazo (Fredrickson, 2004). Algunos estudiosos han demostrado que una mentalidad de crecimiento promueve aspectos como la autoeficacia, el bienestar a nivel subjetivo, la salud emocional y la satisfacción con la vida, entre otros (Burnette et al., 2020). Sin embargo, es necesario seguir investigando cómo se relaciona con el significado de la vida.

El procesamiento y el reconocimiento de emociones asumen un papel destacado en la toma de decisiones dentro del comportamiento relevante para la supervivencia, y fueron extremadamente importantes para superar los caminos desafiantes y palpitantes de la evolución (Bach & Dayan, 2017). Reconocer las emociones expresadas por el rostro es crucial para modular nuestras interacciones sociales. Los rostros permiten extraer una amplia gama de información, que se traduce en señales de amenaza, peligro, empatía, intención de conducta prosocial o afiliativa, entre otras (Ferreti, 2017; Pantano et al., 2007). La capacidad de reconocer las seis emociones básicas de los rostros

Figura 13
Reconocimiento de las emociones





aparece muy temprano en la vida y está determinada por una gran cantidad de factores, a saber, por las diferencias individuales (Cooper et al., 2022). Una de las dimensiones de las diferencias individuales que ha demostrado tener una influencia notable en la capacidad de procesamiento de rostros emocionales es el cronotipo (Horne et al., 2017).

Fuster, (2014) dice, en su entrevista para el diario EL MUNDO, que la felicidad se basa en una buena salud, mucho dinero y sobre todo una mala memoria.

Desde la psicología, la felicidad es un estado subjetivo, que solo la mitad de nuestra capacidad para ser felices está determinada por la genética, el 10% por las circunstancias y el 40% por nuestro comportamiento diario. Elevamos o disminuimos nuestra felicidad, pero todos tenemos un punto nodal al que siempre regresamos (Fredrickson, 2001, como se citó en Vecina, 2006).

Varias investigaciones sobre el estatus socioeconómico (SES) sugieren que la evaluación subjetiva de la vida individual, el comportamiento de salud y el tratamiento pueden diferir según su posición económica (Hoffmann et al., 2018); (Proctor C et al., 2017). Los hallazgos de esta investigación indican que las personas con un (SES) más bajo tienen más probabilidades de reportar una salud subjetiva más deficiente (Hoffmann et al., 2018); (Wang & Geng, 2019) y una menor satisfacción con la vida Adedeji et al. (2021); Proctor C et al. (2017), y puede sufrir de condiciones más crónicas y a largo plazo (Sahni et al., 2017); (Zeng et al., 2018). De manera similar, el capital social como concepto de interacciones sociales y participación comunitaria Ehsan et al. (2019), facilita la promoción de la salud y el bienestar subjetivo (Wind & Villalonga-Olives, 2019); (Zeng et al., 2018); (Zhang et al., 2017).

Como construcción teórica, la felicidad se describe como una emoción positiva con una naturaleza multifacética conectada con el funcionamiento óptimo de los sistemas de comportamiento (Averill JR et al., 1993). Durante la última década, la comprensión de la felicidad individual se ha vuelto popular entre los investigadores sociales y humanitarios. Esta popularidad se atribuye a la conexión empírica entre la felicidad y la salud (Petrovič et al., 2021; Scorsolini-Comin &

Santos, 2010) y al creciente reconocimiento de que los factores sociales y ambientales son cruciales para la salud y los resultados de la vida. Desde la biología, es tener una buena nutrición, tener medicinas para curarnos, tener una sana convivencia fundada en el altruismo y la buena voluntad de todos. Desde la economía, la felicidad es ganar dinero, gastarlo, pero lo mejor es compartir con los más desposeídos. En términos sociales, la felicidad es un constructo social que nace desde el entorno y desde la experiencia de cada uno. Desde lo religioso, es sentir la presencia de Dios en nosotros, es saber que alguien totalmente superior nos cuida. Desde lo neuropsicológico, la felicidad es una reacción neuroquímica frente a la experiencia que va de la mano con lo que para nosotros es la realidad que nos hace sentir plenos. Desde la inteligencia emocional, felicidad es tener pensamientos asertivos, es mantener equilibrio en nuestras emociones. Desde la pobreza es simplemente tener un pan que comer.

Desde la soledad es tener alguien a quien amar y ser correspondido. Desde la amargura, es superar el daño recibido, es saldar cuentas con el pasado. Desde la amistad es tener un hombro en quien llorar y un oído que nos escuche sin juzgarnos. Desde lo académico es enseñar y esperar que nuestros estudiantes nos superen guardando el recuerdo de quienes fueron y quiénes son. Desde el amor que nunca fue, es recordar simplemente ese primer beso, que fue tan tierno y tan inocente. Desde el éxito, es tener mucho y vivir como si nada se tuviera para poder valorar lo alcanzado. Desde la nada, es no tener de que preocuparse porque nada existe.

Felicidad es la ausencia del miedo, ya que cuando está presente en nuestras vidas nos alerta sobre algo o calla nuestra voz frente al peligro, quizá la felicidad solo sea estar en paz, estar tranquilo, dormir soñando, dormir aun sabiendo que si no se sueña todo está bien.

Figura 14

Felicidad en el entorno



Roosevelt dijo que el bienestar de cada uno depende del de todos, pero en una sola sociedad egoísta parece pasado de moda.

Y para usted ¿Qué es la felicidad?

1.7 Soledad

La soledad es un problema de salud pública importante y creciente que afecta aproximadamente del 6 al 8 % de la población general (Cacioppo & Cacioppo, 2018; Cacioppo et al., 2015; Goosby et al., 2013; Víctor & Yang, 2012), con 3 al 8 % se ve gravemente afectada por la soledad la edad adulta emergente (Diehl et al., 2018). La soledad es un estado afectivo negativo descrito como la insatisfacción con la discrepancia entre la calidad o cantidad real y esperada de conexiones sociales de alguien (Perlman & Peplau, 1981). Hay que destacar que no es necesariamente el tamaño de la red social de alguien o el aislamiento social lo que causa la soledad. Aunque la soledad y el aislamiento social a menudo coexisten, alguien puede tener contactos limitados y no sentirse solo, o, por el contrario, puede tener contactos sociales frecuentes y sentirse solo (de Jong Gierveld, 1998). Los estudios iniciales sobre soledad y aislamiento social usaban estos términos indistintamente, pero es bien sabido que estos términos se refieren a construcciones distintas (Coyle & Dugan, 2012). Por tanto, es necesario comprender los factores que moderan la relación entre el tamaño y la calidad de las redes sociales y los sentimientos de soledad.

Figura 15
Felicidad en el entorno



Weiss (1973), fue el primer autor en distinguir entre soledad social y emocional. La soledad emocional se refiere a la ausencia percibida de relaciones cercanas, mientras que la soledad social se refiere a la ausencia percibida de una red social disponible (cantidad) y aceptable (calidad). La soledad social a menudo se relaciona con variables sociales como la presencia de vínculos estrechos con amigos, el compañerismo y el tamaño de la red, mientras que la soledad emocional a menudo se asocia con la ausencia de apoyo emocional (Lui & Torre, 2013).

La soledad se correlaciona fuertemente con síntomas de depresión y ansiedad. En general, la soledad mostró consistentemente estar asociada con una mayor negatividad (Cacioppo & Hawkley, 2009), un estado de ánimo más bajo (Cacioppo et al., 2006), desesperanza (Chang et al., 2019), síntomas de depresión y ansiedad, y menor autoestima. La depresión y la soledad en particular se han conceptualizado como aspectos muy relacionados, si no diferentes, del mismo problema (p. ej., Anderson y Harvey, 1988). Como tal, las medidas comunes de autoinforme de la depresión típicamente han incluido elementos de soledad (Radloff, 1997). Más recientemente, los estudios han comenzado a diferenciar los aspectos superpuestos y únicos de la relación entre la depresión y la soledad (Matthews T et al., 2016; Van den Brink et al., 2018). Estos estudios proporcionan evidencia de una relación estable entre la soledad y la depresión a lo largo de la vida (Víctor & Yang K., 2012; Cacioppo et al., 2006), con estudios longitudinales muestran que la soledad es un predictor único de la sintomatología depresiva (Cacioppo & Hawkley, 2009; Santini ZI et al., 2020; Danneel et al., 2019) y la depresión predice la soledad a lo largo del tiempo (Domènech-Abella et al., 2017).

Figura 16

Relación de la soledad con otras emociones





El reconocido psiquiatra Naranjo, (2019) señala que los seres humanos tenemos sed de ser queridos, por ello es saludable que mantengamos buenas relaciones sociales y amigos de intimidad para contar las cosas profundas. Tanto castigo a un niño hace que termine rindiéndose y se dedique a contentar a los padres, por ello, cuando adulto, saca toda la rabia contenida. Posiblemente en algunas personas, este contentar a otros, a largo plazo, se convirtió en soledad porque olvidaron vivir para sí y por sí mismos y olvidaron a su niño interior. Quizá por ello una cosa es lo que son y otra lo que muestran para que nadie conozca su lado débil, y el lazo que no han desatado por el temor al qué dirán o tal vez al castigo.

Algunos, quizá muchos, han renunciado a su niño interior por no saber cómo darle vida, como rescatarlo y viven simplemente haciéndolo sufrir con una risa aparente que demuestra la máscara que crearon para pasar desapercibidos y una vez más vivir porque hay que vivir. El abandono mata tanta gente, pues hay tantos con quien estar y pocos con quien ser.

La aparición de la pandemia mundial: la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha dado como resultado una necesidad urgente de reconocer el papel vital que desempeñan los cuidadores y determinar sus necesidades de apoyo. Las restricciones impuestas por los gobiernos mundiales para limitar la propagación del virus significan que muchos cuidadores brindan atención más allá de su función habitual (Cohen-Mansfield J & Eisner, 2020) y han llevado al autoaislamiento que se ha descubierto que amplifica la soledad e intensifica el aislamiento social (Alzheimer Asociación, 2020). La evidencia ha destacado que los pacientes con trastornos de salud mental preexistentes han demostrado ser más vulnerables a los eventos relacionados con el estrés. Como esas personas necesitan invertir más recursos para hacer frente al trastorno de salud mental original, es menos probable que, en comparación con las personas sanas o la población en general, participen en estrategias activas de resolución de problemas frente a eventos vitales, estresantes y angustiosos (Phillips et al., 2009). Varios estudios han evaluado el impacto de la pandemia de COVID-19 como un evento angustioso y traumático en



el estado de salud mental de las personas con un trastorno de salud mental preexistente y de la población en general. La situación es que hay que comprender, como dice Nietzsche, (1986), que la soledad no está determinada por la presencia o ausencia de otros, al contrario, hay personas que devoran nuestra soledad, esto merma la posibilidad del encuentro consigo mismo que termina confundiendo soledad con estar solo. Estar solo es preguntarse ¿quién te abraza cuando precisas soltar tus lágrimas?, y ¿quién las seca con palabras de aliento? Estar solo es buscar la penumbra apoyo y encontrarse con la nada y ver como cada uno vive en su propio mundo, dando lo poco que tiene a sus cercanos y mostrando indiferencia al abandono del otro. La tecnología también puede desempeñar un papel en la soledad. Aunque las redes sociales y la tecnología de comunicación pueden permitir a las personas conectarse con otros de manera más fácil y rápida, también pueden llevar a una sensación de aislamiento y desconexión (Twenge & Campbell, 2009).

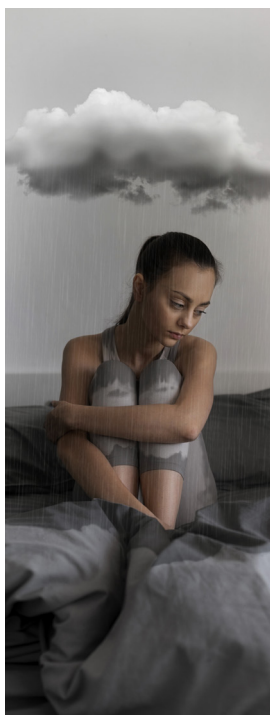
Miseria humana que eleva el ego, para lucir en sociedad la felicidad y el amor perfecto convidando solo a los suyos, olvidando que hay otros suyos que también les pertenecen, entonces no es compañía perfecta, es ego desvergonzado que canaliza la pobreza del espíritu confabulado y lesiona al otro ser haciéndolo sentir que no es parte de su entorno, no obstante, te invita solo para que contemples su vida disfrazada de amor cuando fácilmente puedes ver su miseria. Esto no pocas veces, lleva al ser humano a estar solo en medio de tantos y al no tener con quien ser.

Aislamiento existencial que te confunde al hacerte pensar que hay otras cosas fuera que te satisfacen, y al no conseguirlas generas ansiedad interna que te desmotiva, incrementas cortisol, bajas dopamina, te deprimas y presentas problemas de sueño y hasta a veces sensación de soledad crónica, pero esto es sentirse solos porque no entendemos que finalmente lo más importante es nuestra soledad, y nuestra soledad es esa necesidad del propio encuentro con uno mismo, es encontrar el propio mérito, es abastecerse del propio amor, es sentirse como quieras sin cuestionarse ni fingir, es mirarse, tan, pero tan profundo e invitar a su niño interno a ser parte de su

propia integridad que intenta ser arrebatada por la creencia social de pertenencia. El peligro de estar solo aparece cuando se rodea de personas que quieren mezclarlo en su ruina, su mezquindad, su insatisfacción, haciéndole creer que es feliz y descomplicada, pero son amables con sus consanguíneos y verdugos con sus afines. No tema sentirse solo y mucho menos a estar en soledad. Siéntase seguro de usted al decir “NO” sin culpa, porque alejarse de la farsa es una manera sana de vivir su soledad, su intimidad. Dese el lujo de descartar de su vida los vampiros que fagocitan su seguridad, aléjese, simplemente no acuda y pese a que la relación social es meritoria, usted requiere de su propia independencia. Siéntase útil y viva su soledad, porque es su derecho. El estar a solas con usted mismo es invaluable, aunque los demás no entiendan y censuren su decisión, estar en soledad es una comunicación diferente, más luego sentirá el deseo de salir de su soledad, de compartir lo que el mundo fuera de usted le ofrece, pero usted elige lo que quiere.

Figura 17

Aislamiento existencial



Aprendí de alguien que victimizarse es decisión propia, pero liberarse lo es aún más. Si algo o alguien no le complementa, tiene todo el derecho de buscarse a sí mismo, una y otra vez, para renovarse y deconstruir lo que el orgullo, la fama, el poder, la maleficencia quieren instaurar en su vida. Usted decide, estar solo o estar en soledad, para mí, cualquiera de las dos es una forma de liberación para no abandonar el encuentro con uno mismo. Entonces, para combatir la soledad, es importante buscar ayuda y apoyo. Las terapias de grupo y las intervenciones sociales pueden ser útiles para mejorar la calidad de vida de las personas que experimentan soledad. También es trascendental aprender habilidades sociales y de comunicación para ayudar a establecer relaciones significativas y mantenerlas a largo plazo (Masi et al., 2011).

2

CAPÍTULO

Las amistades son una fuente crucial de apoyo y afecto, que nos ayudan a superar las situaciones difíciles de la vida



LOS OTROS Y SU INCIDENCIA EN MÍ

2.1 Amistad y los amigos verdaderos

A lo largo de nuestra vida, las amistades son una fuente crucial de apoyo y afecto, que nos ayudan a superar las situaciones difíciles de la vida. Las amistades ofrecen un sentido de pertenencia social y pueden caracterizarse por la cercanía, el amor y la confianza (Hruschka, 2010). La amistad evoluciona a lo largo de la vida, y la adolescencia temprana es una época de cambios significativos. Es un momento de autodescubrimiento y desarrollo de la independencia de los padres, cuando los jóvenes comienzan a pasar días más largos en la escuela y actividades de ocio con sus compañeros (Laursen & Collins, 2012). La amistad se vuelve más importante, pero también más compleja (De Goede et al., 2009), los jóvenes adolescentes se agrupan para desarrollar su propia cultura, donde las presiones sociales para conformarse aumentan para permitir el buen funcionamiento del grupo (Bronfenbrenner, 1979). En línea con esto, la calidad de las amistades de los jóvenes aumenta gradualmente a lo largo de la infancia y la adolescencia (Berndt, 2004; Meeuws, 2017). En particular, el nivel de apoyo e intimidad dentro de las amistades aumenta significativamente en la adolescencia (Meeuws, 2017).

Figura 1
Símbolo de lealtad



Amistad proviene del vocablo latín “amicitia” que significa afecto puro, desinteresado y recíproco. Filosóficamente, es la relación de sociedad entre iguales fundada en el aprecio, confianza y respeto mutuo. Entonces, la amistad es una relación interpersonal que se basa en la confianza, el respeto, la reciprocidad, la empatía, el apoyo y la comunicación; por ello, los amigos son personas que comparten intereses, valores, experiencias y emociones, y que se brindan mutuamente ayuda y compañía en diferentes situaciones. Tener claro que la amistad es un aspecto importante de la vida humana y tiene efectos positivos en la salud mental y física de las personas (Hartup, 1996). La psicología moderna defiende la importancia de los amigos y dice que necesitamos el afecto, la compañía de otros, de los nuestros para sentirnos más completos y felices. Nietzsche decía que los amigos no son quienes nos aceptan y apoyan, siguen o idealizan, sino quienes mantienen sus propios ideales frente a los nuestros, y que a veces, por no pensar igual, los creemos enemigos. Se dice que en una amistad sincera se da todo sin esperar algo a cambio, sin embargo, considero que los seres humanos esperamos reciprocidad, no en el sentido de recibir lo dado, pero sí que en los momentos difíciles los amigos nos puedan entender, ayudar y contener con un sincero sentimiento de filiación consanguínea adoptiva o de afinidad.

Figura 2
Complacencia en la amistad



Hay circunstancias, las llamo frágiles, y que, invadidas por los celos o la envidia, generan ideas de que los amigos que se superan, que son capaces de llevarse con nuestros enemigos o que tienen otros amigos fuera de nosotros, han cambiado, y nos han abandonado, esto es un supuesto que debemos analizar antes de darlo por hecho. Una señal inequívoca de un falso amigo es aquella donde te dice que cuentas con él, pero se alegra de tus derrotas y fracasos y te sigue diciendo que cuentas con él, pero que te conformes con la situación porque pudo ser peor, pero no tiene una acción concreta contigo. Solo te invita a conformarte y escapa cuando debe respaldarte frente a los demás, no quiere comprometerse, el problema es tuyo, no de él. Los verdaderos amigos disfrutan estar contigo, compartir momentos de locura y de complicidad, sacar la cara por ti, te defienden, aunque no tengas la razón y con cariño a solas te dicen: “esto estuvo mal, considéralo amigo”.

Figura 3
Falsa amistad





Hay circunstancias, las llamo frágiles, y que, invadidas por los celos o la envidia, generan ideas de que los amigos que se superan, que son capaces de llevarse con nuestros enemigos o que tienen otros amigos fuera de nosotros, han cambiado, y nos han abandonado, esto es un supuesto que debemos analizar antes de darlo por hecho. Una señal inequívoca de un falso amigo es aquella donde te dice que cuentas con él, pero se alegra de tus derrotas y fracasos y te sigue diciendo que cuentas con él, pero que te conformes con la situación porque pudo ser peor, pero no tiene una acción concreta contigo. Solo te invita a conformarte y escapa cuando debe respaldarte frente a los demás, no quiere comprometerse, el problema es tuyo, no de él. Los verdaderos amigos disfrutan estar contigo, compartir momentos de locura y de complicidad, sacar la cara por ti, te defienden, aunque no tengas la razón y con cariño a solas te dicen: “esto estuvo mal, considéralo amigo”.

Dunbar (2021) señala que el cerebro humano está diseñado para relacionarse con 150 personas aproximadamente y al evolucionar nos permite relacionarnos con los demás, en cada sociedad. Les invito a preguntarse cuántos de esos 150 son verdaderamente amigos. Chateamos con personas inclusive que no conocemos, pero los consideramos amigos virtuales, otras comunicaciones las hacemos con amigos lejanos y aun con cercanos que no podemos ver a diario, otros tan lejanos que nos comunicamos cuando algo nos trajo a la mente y puede ser una vez al año.

La comunicación continua se da apenas entre 5 a 12 personas que son amigos del alma, unidos por consanguinidad y sobre todo por afinidad. Los resultados del estudio de Dunbar señalan que el 65% de las conversaciones sean virtuales o directas, se dan para hablar sobre nosotros mismos, los nuestros o los demás. «Fruto de la tendencia a la individualización en el uso de pantallas, espacios y tiempos de consumo se han transformado. El lugar ya no suele compartirse con otras personas y el tiempo deja de ser simultáneo respecto al de emisión. La grabación o descarga de contenidos permite elegir a la carta el contexto espacio-temporal de visionado» (Marta & Gabelas, 2013). Este es uno de los factores importantes que se debe tener en cuenta hoy en día, pues, la tecnología ha perjudicado esas relaciones humanas que



facilitan la amistad y la comunicación con los demás. Naturalmente, somos animales jerárquicos, por ello cuando hablamos de los demás, nos interesa hablar de lo malo de los que están sobre nosotros en jerarquía social, saber lo que les pasa, sus miserias y tragedias que cuando están mal nos regocijan, aunque no nos benefician, es parte de la idiosincrasia humana y eso no es amistad en doble vía.

Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco* (Aristóteles, 384-322 a. J. C./1873), decía que algunas amistades se basan en la utilidad y otras en el placer, empero, hay amistades que se basan en la virtud y que la amistad misma es una virtud, y que nadie querría vivir sin amigos aun teniendo otras cosas buenas. Somos seres sociales por naturaleza, pero por encima de todo, incluido el sexo, está la necesidad de un amigo, de un amor, de una compañía basada en la reciprocidad, lealtad y confianza.

Finalmente, recordar, que la amistad es una relación interpersonal importante que puede tener efectos positivos en la salud mental y física de las personas. Los verdaderos amigos son aquellos que se caracterizan por tener rasgos como la lealtad, la sinceridad, la empatía y la comunicación efectiva. A través de la amistad, las personas pueden experimentar un sentido de pertenencia, estímulo para el crecimiento personal, reducción del estrés y la ansiedad y mejorar la calidad de vida. En la sociedad actual, donde la tecnología y las redes sociales a menudo se utilizan como sustitutos de las relaciones interpersonales, es sustancial recordar la importancia de la amistad y cultivar relaciones significativas y duraderas.

Le invito a contar cuántos amigos verdaderos tiene, y que no los suelte, no los abandone, no los olvide, ¡cúídelos!

2.2 Traumas y dolor de la infancia a la vida adulta

Las investigaciones han demostrado que el trauma psicológico en la infancia puede tener muchas consecuencias en la salud y el bienestar de las personas más adelante en la vida (Chang et al., 2019); (Riedl et al., 2019). Un trauma psicológico va acompañado de mucho estrés,



lo que puede hacer que una persona se vuelva más susceptible a desarrollar enfermedades más adelante en la vida. (Nusslock & Miller, 2016); (Shonkoff et al., 2021), como diabetes, enfermedades del corazón (Miller et al., 2020) y cáncer (Hughes et al., 2017). La investigación también sugiere que el trauma psicológico en la infancia puede hacer que una persona desarrolle mecanismos de afrontamiento inútiles que contribuyen a estilos de vida poco saludables y dificultades en el futuro, como el consumo excesivo de alcohol (Miller et al., 2020), de fumar (Novais et al., 2021), exceso de peso, depresión y trastorno de estrés postraumático.

La investigación también muestra que el trauma psicológico en la infancia va acompañado de un mayor riesgo de ser sometido a sufrimiento físico, emocional (Riedl et al., 2019), y violencia sexual en la edad adulta (Pro et al., 2020; Sutton et al., 2021). Aquellos que han vivido experiencias difíciles a una edad temprana también son más propensos a sufrir dolores crónicos en la edad adulta (Dennis et al., 2019; You et al., 2019).

Figura 4
Apego emocional

La teoría del apego es un modelo psicológico que describe la dinámica de las relaciones interpersonales y representa un aspecto fundamental del desarrollo de la personalidad. Sobre la base de la interacción con los cuidadores primarios durante la infancia y la niñez, los niños desarrollan un “modelo de trabajo” interno, estable y seguro de sí mismos y de los demás, que puede ayudarlos a predecir y comprender las respuestas de los demás y establecer relaciones futuras (Andrews et al., 2011).



El apego que se establece entre los niños y sus referentes desde tempranas edades se constituye en un condicionante afectivo, en la mayoría de los casos decidor, diría yo, para la salud mental. Cada vez hay más evidencia empírica de que un estilo de apego inseguro, los eventos traumáticos de la vida, especialmente las adversidades de la primera infancia, juegan un papel importante en el desarrollo, mantenimiento y progresión de los trastornos mentales y funcionales a lo largo de la vida (Leyro et al., 2010; Sachs-Ericsson et al., 2007).

Su ausencia puede causar heridas y dolor en la infancia que se develarán cuando jóvenes o adultos. Las heridas de infancia pueden aparecer por constantes etiquetas, maltrato en todas sus formas y estas van dejando huellas en el cuerpo y la mente de los niños y las niñas, que con el tiempo las somatizan y aparecen en deficiencias fisiológicas y mentales e incluso afectan las habilidades sociales. La mente asimila el dolor del maltrato y lo vuelca en ira, resentimiento, culpa, enojo, vergüenza, miedo, inutilidad o indefensión y en muchas ocasiones convierten a la persona en víctima de sus propias heridas, pues, detrás de cada experiencia hay una historia y detrás de cada historia hay una herida. Posiblemente por ello las personas reaccionan frente a este dolor causado por las heridas de acuerdo a los recursos emocionales con que cuentan, a veces se ocultan tras una máscara como mecanismo de defensa y supervivencia para disfrazar la imperfección y formar parte dé.

En algunas ocasiones las heridas llevan a tener actitudes negativas, impulsivas e incluso irracionales. Ya Aristóteles decía que el dolor es una alteración del corazón determinado por el cerebro. Quizá por esto se dice que el dolor se queda en la mente y cuando aparece se lo puede reconocer inmediatamente. En el caso del dolor psicológico, se lo reconoce como heridas de traumas que no se resolvieron, no se procesaron, no se expresaron, por ello pueden persistir hasta a la adultez, permanecen y se manifiestan como estados mentales perturbadores e intolerables y provocan sufrimiento en las personas, caracterizándolas muchas veces como personas agresivas, evasivas, negativas y con mal manejo de emociones.

Figura 5
Cambio comportamental



Lise Bourbeau (2021), habla de 5 tipos de traumas de la infancia que dejan heridas y causan dolor:

1. Trauma por rechazo, a causa de este la persona tiende a ser huidiza, no confronta y como quiere ser parte de un grupo se disfraza para ocultarse de sí misma.
2. Trauma por abandono, las personas que padecieron de este abandono se tornan dependientes, temen a la soledad, al silencio, viven en relaciones tóxicas de dependencia, buscan siempre la aprobación de otros.
3. Trauma por humillación, quien lo ha sufrido tiende a aguantar la agresión, a complacer al otro, a negarse a sí mismo, con lo que baja su autoestima y su amor propio.
4. Trauma por traición, frente a este la persona se manifiesta como controladora, desconfiada, con miedo de que le suceda algo malo. Siente que cuando niña se quebrantó la fidelidad, la lealtad que se merecía y ahí perdió la confianza en sus padres por algo que él consideraba importante para sí, dejó entonces de creer y esta desconfianza la arrastra a las otras personas e incluso a su pareja
5. Trauma por injusticia, este se manifiesta en la persona que lo sufrió con alta vulnerabilidad, con sensaciones de inutilidad, autoritarismo, a veces con agresividad por autodefensa y enmascaramiento de su propio menosprecio.

Es necesario conocer los distintos tipos de trauma que pueden aparecer para identificarlos adecuadamente y para atenderlos según sus características

específicas. Sin embargo, cada niño, niña o adolescente puede vivir el trauma de forma distinta, y será imprescindible prestar atención a cuáles son sus experiencias y síntomas concretos (Biedma et al., 2019).

Se sugiere que cada tipo, sea abordado a fin de aprender a generar estrategias desde sí mismo. Estas estrategias lo van a ayudar a trabajar en su autenticidad, a no complacer a otros, a reconocer su propio dolor no resuelto y a identificarse con su entorno, de la misma manera que a valorarse en serio, a poner límites, aprender a decir “NO” sin sentirse culpable, a verse como un ser real y no como un ideal, a ser auténtico, a soltar el control, a reconocer el valor de los otros y también el valor propio, a premiarse a sí mismo, agradecer por ser quien es, a expresar emociones sin miedo a sentirse vulnerable y a dejar que los demás lo vean tal y como es.

Figura 6
Conceptualización de trauma



Nota. Flujograma presentado en el manual “Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia.” Elaborado por: (McGavin & Cornell, 2008)

Los seres humanos nacemos programados para relacionarnos y vincularnos con otras personas desde el comienzo de nuestra existencia. De hecho, si no conseguimos que alguien se vincule tras nuestro nacimiento y nos cuide, no sobrevivimos. Por eso resulta



imprescindible comprender cómo interactúan el apego y el trauma (Javier Romeo Biedma et al., 2019). Las personas que experimentaron traumas en la infancia, tienen tres veces más riesgo de desarrollar un trastorno depresivo que aquellos que no lo hicieron (Harkness et al., 2008) y un mayor riesgo de trastorno de ansiedad social (Norton & Abbott, 2017). Además, el apego inseguro se ha asociado con la exposición a cualquier forma de trastorno de la conducta (TC), lo que genera vulnerabilidad a los trastornos depresivos y de ansiedad (Conradi & de Jonge, 2009); (Widom et al., 2018). De hecho, se descubrió que el apego es un mediador entre el TC y los niveles adultos de depresión y ansiedad (Bifulco et al., 2006). Más específicamente, se encontró que el apego temeroso está significativamente asociado con la depresión y el trastorno de ansiedad social (Adams et al., 2018), confirmando una vulnerabilidad compartida que también se ha traducido en una estructura cognitiva similar y un mayor enfoque en el contenido interpersonal negativo en individuos con depresión o ansiedad social (Dozois & Frewen, 2006).

Hay que tener cuidado de cómo somos con estos dolores de los traumas de la infancia, pues los expertos señalan que podemos atraer a personas similares, atraemos por programación mental. Estos mandatos son internos y a quien le sirva el mandato será justamente con quien nos apoyemos, en el caso, por ejemplo, de los dependientes, ellos reciben daño por lo que lo toleran y por ellos se unen las condiciones, a decir de los expertos, se unen la víctima y el victimario. Las heridas se gestan en edades tempranas, aproximadamente entre los 0 y 8 años, este impacto emocional por estas heridas, el niño lo asimila a su manera, no tiene, no cuenta con estrategias, por ello la ayuda está justamente en sanar ese niño interno que todos tenemos. Hay que trabajar con nuestras propias emociones, desatar esos nudos, liberarse de cadenas, considero que la felicidad la podemos alcanzar a partir de estar en paz con nosotros mismos y sobre todo a partir del amor propio.

Recuerde: "Usted es víctima en tanto así lo decida. Deje de otorgar poder a otros".

2.3 Relaciones tóxicas

El ser humano, como un ser social, requiere establecer vínculos saludables en su entorno, en los que pueda ser reconocido como un legítimo en las interacciones sociales, a partir de las emociones, especialmente a través del amor, definida por (Maturana, 1990), como una emoción central en la historia evolutiva porque referencia como condición de existencia orgánica la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia, lo cual la torna necesaria para el desarrollo físico, conductual, psíquico, social y espiritual del ser; cuando estas instancias fallan a razón de un elevado monto de conflictividad, el ser humano se ve enfrentado a relaciones con roces del lenguaje, choques emocionales y crisis psicoafectivas en la interacción y la convivencia social y de pareja.

Según (Blasco, 2017) una relación de pareja emocionalmente tóxica es aquella en la que predominan conductas de manipulación, culpa, desconsuelo, amargura, melancolía, y distintos tipos de violencia.

En concordancia, (Risso, 2004) menciona que las relaciones emocionalmente tóxicas son difíciles de romper debido a la dependencia y temor excesivo que se presenta en uno o ambos miembros de la pareja. (Goleman, 2008) refiere que la capacidad de establecer relaciones emocionales saludables depende en gran medida del reconocimiento de los estados emocionales propios y de acogerlos según se manifiestan. Sin embargo, el mismo autor señala que la cultura y las demandas actuales incitan a que las personas se desconecten de sus emociones y

Figura 7
Relaciones de pareja tóxicas





que las mismas no sean debidamente utilizadas. Por lo que, el efecto de dicha desconexión, es que las personas empiecen a usar expresiones tales como “tóxico” “personas tóxicas” entre otros, para describir situaciones o personas que atenten contra el bienestar propio, con mayor frecuencia que en épocas anteriores.

¿Cuándo una relación se vuelve tóxica?

Cuando uno no aprende a amarse porque simplemente no se acepta así mismo y empieza a vivir en función del otro, a amar por dos, a dar todo o a aceptarlo todo sin importar cuán doloroso empieza a ser, incluso a normalizarlo, sobre todo a normalizar la ausencia de respeto consideración y entrega mutua. El encanto va desapareciendo y la indiferencia empieza a aparecer poco a poco hasta llegar al hastío y los dos comienzan una lucha interminable, uno que quiere huir y otro que quiere impedir que se vaya. Así, poco a poco, la lástima, el irrespeto, la desvalorización cobran vida y el amor se desvanece, se desconfigura para dar paso a la pasión, al sexo por sexo, a la unión física por simple unión, necesidad o cumplimiento, esta relación tiene ya un tinte de dolor, un tinte de desagravio, un tinte de humillación y desprecio.

De acuerdo con (Riso, 2010) cuando en las relaciones de pareja se confunde el enamoramiento con el amor, las personas llegan a justificar el sufrimiento afectivo y terminan enredadas en una relación más negativa que amarga, que les complica la vida, porque erróneamente creen que el amor es así y hay que hacer todo por el otro; en estas relaciones los individuos se ven sometidos a un gran desgaste por sostener «solos» la relación y muchos de ellos se debilitan física y psicológicamente, dejando de lado su propia personalidad y esencia como individuos llegando hasta el punto de negarse a sí mismos en la convivencia, a fin de mantener una relación irracional y angustiosa. Hay diferentes razones por las cuales una pareja o un individuo se ve involucrado en una relación tóxica, estas causas pueden derivarse de elementos psicológicos propios de cada sujeto tales como la inmadurez emocional, el no tener conciencia de la identidad e individualidad propia y de su pareja, dificultad para comunicarse y comprender al otro, el no tener claras las reglas, límites, ritos y necesidades propias y de su pareja, la emergencia de miedos, angustias, celos, envidia, inseguridad, duelos no elaborados y deseos de control o dominio de los demás (Iam, 2008). Este tipo de relaciones se caracterizan por la mutua dependencia

y circularidad, con alianzas inconscientes en las que el estado mental y emocional de las expectativas sobre la relación y la pareja «llegan a convertirse en necesarias, indispensables e insoportables en el sujeto» (Bosch, 2009).

Por ejemplo, algunas veces entre esposos, aparece la idea de detener al otro por los hijos existentes, como si ellos fueran un pegamento que los pueda atar, sin entender que esto es lacerante para cada uno de ellos. Se olvidan que vivir así es una forma de maltrato mutuo. Este hecho se vuelve obligación, más no el deber que le corresponde, la vida familiar se torna un martirio para los protagonistas involucrados: padre, madre e hijos. La primavera se torna en otoño, un otoño caduco, frío, solitario y desesperante; y entonces surge la pregunta: ¿dónde quedó ese amor?, quizá se perdió en el momento mismo que no se habló a tiempo y cuando se habló, no se aceptó la realidad, la dignidad se viste de sin razón y da paso al maltrato pasivo que lentamente se hace activo.

Figura 8

¿Dónde quedó ese amor?



El primer instante del maltrato no es su presencia en sí, sino su tolerancia, la falta de freno desde el primer instante, el hecho de no comprender la propia valía, y creer que sin la otra persona el mundo se termina. La dignidad se oculta y se viste de desamor, pero no para el otro sino para sí mismo y empieza a vivir de migajas condicionadas, a fin de que él o ella se quede, pero hay una instancia que olvidamos y es el amor propio, la propia valía, la autoestima y el valor mismo del amor al que lo

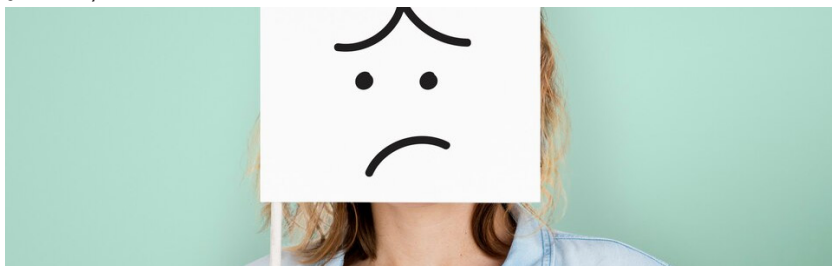
dejamos de lado por entrar en la pasión y el sentimentalismo. Lo abandonamos comenzamos a vivir así de mal, a tolerar, a soportar, pero envenenando el alma en cada instante. Muchas personas salen de este estado porque empezaron a creer en sí mismas, y otras se quedaron por no creer, por considerar que solas o solos no pueden, a veces por el qué dirán, justifican la presencia de los hijos como motivo de unión, esto es una forma de maltrato invisible que parece solo ser maltrato a la pareja, pero en realidad está escondido el maltrato a terceros. Los enamorados entran en este dejar de amarse a sí mismo y también aceptan

la traición, las mentiras, pues, aun cuando vean que es de día, si su pareja les dice que es de noche, lo van a creer, solo por continuar, es un claro tapar el sol con un dedo. Es importante analizar la vida amorosa y sentimental que cada uno lleva, la relación, si no tiene consentimiento mutuo para seguir juntos, si no tiene respeto por el espacio del otro, sin persecuciones y celos, si no tiene confianza mutua, si no tiene diálogo y disfrute de dos, no son insumos que aporten. El amor no es fabricar veneno, tomarlo y esperar que el otro muera, al contrario, es dar vida, goce, oportunidad, reconocimiento y valor con el mismo alcance para dos. Aguantar por una idea de “no soporto mi vida sin ti”, es aceptar el “no me amo y dependo de ti”. Diferentes autores señalan que, dentro de una relación de pareja emocionalmente tóxica, el miembro de la pareja que resulta más afectado, generalmente, es la mujer; esto ocurre como efecto de variables tales como contexto de crianza, nivel educativo, acceso a empleo, entre otros. De ese modo, muchas mujeres no toman conciencia de que se encuentran dentro de una relación tóxica y tienden a usar diferentes mecanismos para justificar la situación en la que se encuentran y extender el período de tiempo en el cual ocurren diversos actos de violencia y atentados contra la integridad (Greenberg & Paivio, 2000).

La relación tóxica cansa, daña, vulnera derechos, lastima el amor propio, por ello es mejor ser honestos, no ilusionar y ser lo suficientemente maduros para entender que la otra persona dejó de amarnos, y hay que liberarlo con ello también se libera uno mismo. Quién dijo que no duele aceptarlo, pero quién dijo que no se pueda salir, lo importante es darse un tiempo prudente para asimilar, curar y aceptar antes de iniciar otra relación, a fin de que ésta empiece desde cero y con todo el cuidado de no repetir acciones que no rindieron desde mí, no desde la otra persona.

Figura 9

¿Dónde quedó ese amor?



El cambio no es del otro, es responsablemente mío, el otro me valora en la medida en que lo hago yo, en que me amo a mí mismo.

Aspectos para recordar:

1. La dulzura, la amabilidad y el respeto deben ser continuos.
2. Ser inteligentes para entender cuando aparece el fin.
3. Ser difíciles, prohibidos en la medida justa, pues lo fácil pierde el atractivo.
4. Misteriosos, es decir, “si te digo que te amo, te miento, si te digo que no te amo, también”.
5. Dejar la expectativa, no darse completo y a cada paso.
6. El amor es sensible y se alimenta de imaginación, creatividad y expectativa.
7. Hay una letra de una canción que dice que el amor se rompió de tanto usarlo, de usarlo sin medida.

Usted, ¿qué piensa al respecto?

2.4. Autoestima

Figura 10
Autoestima

¿Qué es la autoestima?

El constructo psicológico de autoestima se remonta a William James, quien a fines del siglo XIX señaló la existencia de un “Yo global” que se encarga de construir el conocimiento que cada uno tiene de sí mismo y un “Mí” que es el conocimiento empírico que da lugar al autoconcepto, de hecho, el “Mí” son los aspectos afectivos de la autoestima con sus dos dimensiones: la autocomplacencia y el autodesprecio.



La autoestima es un factor importante a considerar en la vida de las personas en general, y en particular, en el tema del desempeño y de las actitudes hacia las actividades académicas, de los estudiantes. De acuerdo con (Rice, 2000) la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana. La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes, una para otras, el “yo” evolucionó por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito.

Rosenberg, (1965) sostiene que la autoestima es todo lo que las personas pensamos y sentimos con referencia a nosotros mismos. Que es un fenómeno actitudinal donde intervienen fuerzas socioculturales, por tanto, el ser humano no nace predestinado, lo predestina el medio social donde se desarrolla. Rogers, (2000) manifiesta que la autoestima es un conjunto organizado y cambiante de percepciones que tienen las personas sobre sí mismas, hay una base biológica, natural e innata y en cierto sentido inmutable, por ello es conveniente siempre sacarla a la luz, pero muchas veces estas percepciones llevan a las personas al autodesprecio y a considerarse sin valor e indignos de ser amados, pese a que cada quien posee un “Yo” positivo, único y bueno, con frecuencia se enmascara u oculta, por ello sugiere que, siendo cada persona una isla en sí misma, construya puentes hacia las otras islas, pero solo si está dispuesto a permitirse ser el mismo.

Figura 11

Conjunto de percepciones sobre uno mismo



Al respecto también (Molina et al., 1996) en su obra Olivares (p. 20) considera que la autoestima tiene un significado complejo, y que precisa de cuatro componentes en su definición:

- Es una actitud, ya que contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas.
- Tiene un componente cognitivo, pues se refiere a las ideas, opiniones, creencias, percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma.
- Tiene un componente afectivo, que incluye la valoración de lo positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas.
- Tiene un componente conductual, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

Es bastante frecuente confundir la autoestima con el autoconcepto y utilizar ambos como términos sinónimos, aunque los dos conceptos están relacionados, no son equivalentes. En el autoconcepto prima la dimensión cognitiva, mientras que en la autoestima prevalece la valorativa y afectiva; así, en las últimas décadas los psicólogos, los psicopedagogos, los educadores y los trabajadores sociales en general se han interesado especialmente por los términos autoconcepto y autoestima en la medida en que estos conceptos están relacionados con el proceso educativo y, más específicamente, en lo que se ha denominado “educación afectiva”. Es importante conocer la estima de una persona cuando ésta es adulta, lo es más, descubrir cómo es esa imagen cuando se está formando. La estima que un individuo siente hacia su persona es relevante para su desarrollo vital, su salud psicológica y su actitud ante sí mismo y ante los demás. El concepto de sí mismo influye en la forma de apreciar los sucesos, los objetos y las personas del entorno. El autoconcepto participa considerablemente en la conducta y en las vivencias del individuo. La persona va desarrollando su autoconcepto, va creando su propia autoimagen; el autoconcepto no es innato (Roa, 2013).

Cuando hablamos de autoestima, nos estamos refiriendo a una actitud hacia uno mismo, lo que significa aceptar ciertas características



determinadas tanto antropológicas como psicológicas, respetando otros modelos. Entonces, si la contemplamos como una actitud, nos referimos a la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo; por lo que se trata así de la disposición permanente para enfrentarnos con nosotros mismos y el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias. La autoestima forma parte de nuestra personalidad, la sustenta y le otorga un sentido que se genera como resultado de la historia de cada persona, no es innata; es el resultado de una larga secuencia de acciones y sentimientos que se van sucediendo en el transcurso de nuestros días.

La autoestima tiene una naturaleza dinámica, puede crecer, arraigarse más íntimamente, conectarse a otras actitudes nuestras o, por el contrario, debilitarse y empobrecerse. Es una forma de ser y actuar que radica en los niveles más profundos de nuestras capacidades, pues resulta de la unión de muchos hábitos y aptitudes adquiridos. Se trata de la meta más alta del proceso educativo, pues es precursora y determinante de nuestro comportamiento y nos dispone para responder a los numerosos estímulos que recibimos (Máster Biblioteca Práctica de Comunicación, 2002).

Para Branden, (1992) la autoestima “es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias”, es decir, que, al tener confianza plena en nuestra mente y valor propio, lo más probable es que el mundo se nos abra y demos respuestas apropiadas a sus desafíos y oportunidades.

En su libro Autoestima e identidad. Narcisismo y Valores sociales, Hornstein, (1996), propone 4 tipos de autoestima. Según el autor, los tipos de autoestima varían debido a que la valoración de uno mismo puede ser más o menos alta y más o menos estable, así:

1. Autoestima alta y estable: Las circunstancias externas y los acontecimientos de vida tienen poca influencia sobre la autoestima. Las personas con este tipo de autoestima se desenvuelven de manera abierta, porque no necesitan defender su imagen, se defiende sola. Además, la persona es capaz de defender su punto de vista sin desestabilizarse.



2. Autoestima alta e inestable: Las personas con este tipo de autoestima, la tienen elevada, pero son incapaces de mantenerla constante. Los contextos competitivos pueden tener un efecto desestabilizador. Responden con actitud crítica ante el fracaso, ya que estos son percibidos como amenazas. El individuo mostrará convicción al defender su punto de vista, pero no aceptará otros puntos de vista y tenderá a monopolizar la palabra en una discusión. La inestabilidad de la autoestima conduce a situar la autoestima como preocupación central y exige preservarla a cualquier precio y apelar a una actitud agresiva (para promoverla) o bien pasiva (para protegerla).

3. Autoestima baja y estable: En los casos en los que hay una autoestima baja y estable, los eventos externos (sean favorables o no) no alteran la autoestima del sujeto, que no se esfuerza por promover su imagen personal y se infravalora. Los individuos con este tipo de autoestima son indecisos y tienen un gran temor a equivocarse. Estas personas no defienden sus puntos de vista, ya que la valoración de sí mismos es siempre negativa, creen que no están a la altura.

Este tipo de autoestima es muy frecuente en personas con tendencias depresivas, que a causa de su mentalidad pesimista no suelen percibir sus logros personales como tal, asumiendo que son fruto de la suerte o la casualidad.

4. Autoestima baja e inestable: Las personas con este tipo de autoestima suelen ser sensibles e influenciables por eventos externos. En cuanto se enfrentan a un evento exitoso, su autoestima sube, pero en cuanto termina la euforia del momento, su nivel de autoestima vuelve a bajar. Es decir, que este tipo de autoestima está definida por su falta de solidez y la inestabilidad que presenta, la cual hace que sea altamente sensible a todo tipo de eventos, por irrelevantes que puedan parecer desde un punto de vista racional.

Cierto tipo de personas, narcisistas, por ejemplo, se caracterizan entre otras cosas por tener una autoestima baja y muy dependiente de la opinión que perciben de los demás.

Al analizar la autoestima y su importancia para el individuo, MCKay y Fanning, (1999), exponen que el autoconcepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de las personas, donde tener



un autoconcepto y una autoestima positivos es de gran importancia para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y equilibrio psíquicos.

Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás y es requisito fundamental para una vida plena. La autoestima es la reputación que se tiene de sí mismo. Tiene dos componentes: sentimientos de capacidad personal y sentimientos de valía personal, en otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo, es un reflejo del juicio que cada uno hace, de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (comprender y superar problemas) y de su derecho de ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades) y así sentirse apto, capaz y valioso para resolver los problemas cotidianos.

De ahí, la importancia de un autoconocimiento sensato y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos del carácter y conducta. La autoestima es importante en todas las épocas de la vida, pero lo es de manera especial en la época formativa de la infancia y de la adolescencia, en el hogar y en el aula, sin embargo, hay algo que va más allá del aprecio de lo positivo y de la aceptación de lo negativo, sin lo cual la autoestima se desmoronaría. Se trata de la aceptación del siguiente principio, reconocido por todos los psicoterapeutas humanistas, donde se indica que todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo y merece que lo estimen y que él mismo se estime (Steiner Benaim et al., 2005).

Una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación proveniente de los padres y educadores. De los múltiples mensajes enviados por ambos y que ejercen un efecto sumamente nocivo para los jóvenes se encuentra el mensaje de: “No eres lo suficientemente bueno”, en donde se les deja ver que tienen posibilidades, pero que estas son inaceptables, como, por ejemplo,



cuando decimos: “¿Qué le pasa?”, “¡Cállese!”, “Sonría”, “¿Qué ropa la que se puso!”. El mensaje que reciben es: “llegarás a ser lo bastante bueno, siempre y cuando trates de cumplir mis expectativas”. En otros casos, el mensaje de “no eres lo bastante bueno” no se transmite a través de la crítica, sino más bien cuando los padres sobreestiman lo que deben lograr, lo que les produce una sensación de que no basta con ser quienes realmente son y, al aceptar ese veredicto de no ser lo bastante buenos, se pasan años desviviéndose para obtener el máximo nivel de suficiencia (Steiner Benaim et al., 2005).

¿Cómo mejorar la autoestima?

Branden dice que se puede lograr a través de 6 pasos:

1. Vivir conscientemente, no limitarse a resolver problemas.
2. Aceptarse a sí mismo tal y como se es.
3. Auto responsabilizarse de los actos propios.
4. Autoafirmarse a sí mismo.
5. Tener propósito de vida.
6. Mantener integridad personal.

Si seguimos estos pasos, seguramente llegaremos a la consecución de objetivos y a la satisfacción de necesidades como la vida, pertenencia, afecto, respeto, autoestima y autorrealización. Cuidemos de este vestigio del alma, porque es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana.

Y, ¿cómo está su autoestima hoy?

2.5 Crisis existencial

¿Qué es la ansiedad existencial?

Dentro del campo de la filosofía, Kierkegaard, (1980) explica que en el concepto de angustia existen dos afectos semejantes denominados angustia “angest”, donde la angustia como miedo tiene un objeto, también hay una angustia sin objeto que surge de una elección aterradora de creer contra toda razón o negar la fe. Este señalamiento es

retomado por Sartre, (1993) quien describe la ansiedad “angoisse” como el componente afectivo fundamental de la libertad, donde la fuente de la ansiedad se encuentra en las elecciones como tales. Salvando la brecha filosófico-clínica, Yalom, (1980) define la ansiedad existencial, por un lado, como un mecanismo psíquico similar a la señal de ansiedad descrita por Freud, pero que, por otro lado, se basa en conflictos existenciales primarios similares a los de Kierkegaard y Sartre. Como mecanismo psíquico, Yalom, (1980) define la angustia existencial a través de una elaboración de procesos dinámicos en los que “un conflicto que surge de la confrontación del individuo con los datos de la existencia”, es decir, con un conjunto de datos existenciales como son: la muerte, la libertad, el aislamiento y la falta de sentido.

Figura 12
Angustia



La angustia existencial surge de estos datos por medio de un conflicto dinámico entre un dato existencial y un deseo por su opuesto, estos conflictos se estructuran de la siguiente manera: primero, un enfrentamiento con la muerte en el que cada persona viva se enfrenta a la inevitabilidad de su salida final y su deseo de inmortalidad; en segundo lugar, una confrontación con la libertad en la que cada individuo debe lidiar con la última falta de fundamento del universo y su deseo de estructura para fundamentarlo; tercero, una confrontación con el aislamiento fundamental en el que una persona se enfrenta a la realidad de estar solo en este mundo y su deseo de contacto, protección y unión; y cuarto, una confrontación con la falta de sentido de la existencia en la que un individuo debe lidiar con la falta de sentido del universo y un deseo de sentido (Yalom, 1980).

Figura 13
Conflicto dinámico



¿Cuántos de nosotros en algún momento nos hemos cuestionado el sentido de nuestra vida?

Quizá hallamos respuesta prontamente o quizá no, pero de lo que se trata es de encontrar estas y tomar decisiones con identidad, madurez, perspectiva propia y con pensamiento crítico. Cuando no encontramos estas respuestas, posiblemente entramos en una crisis existencial. Y ¿qué es una crisis existencial?, es el cuestionamiento frente a un suceso de impacto, antes del cual no nos preguntábamos aspectos de nuestra vida, porque todo iba bien hasta que ocurre lo inesperado y nos deja perplejos, silenciosos y empezamos a replantear nuestra existencia, nuestras creencias y nuestra propia identidad, pues ahora todo ha cambiado. Este cuestionamiento implica y ahora ¿qué hago?, ¿qué camino debo seguir?, ¿cuál es el sentido que tiene mi vida?, ¿para qué existo?, ¿qué hago en este mundo?, ¿existe vida después de la muerte?, ¿de qué sirve la vida si todo se termina en el tiempo?, entre otras tantas.



No todas las personas tenemos la misma capacidad de resiliencia, depende también de la edad por la que se curse para que las manifestaciones sean temporales o quizás se estancuen por periodos largos, en los cuales ya no existe satisfacción, porque ya no sé quién soy ni sé lo que debo hacer, he perdido mi propio interés, veo que me he estancado, que lo que he hecho no me da alegría, que he avanzado en edad y siento que nada está como quiero y tengo la sensación de vacío y soledad. Este cuestionamiento genera desesperanza al no saber qué hacer, ansiedad por pensar en el futuro incierto, incluso se da una pérdida de identidad cuando nos preguntamos ¿quién soy?, frente a esto necesitamos encontrar un camino, algo que nos señale una luz y empezamos a buscar diferentes alternativas ya sea en la religión, en la meditación o en otras actividades que nos ayuden a encontrarnos, a actualizar nuestros pensamientos y a hallar el sentido de nuestra vida.

Quienes se quedan estancados por mucho tiempo tienen como consecuencia la dificultad de reinventarse, de reconectar con la realidad actual y de tomar decisiones, pueden generar indefensión, baja autoestima, depresión mayor y llegar inclusive a los suicidios.

En este libro, se abordarán las crisis existenciales desde una perspectiva psicológica, explorando sus diferentes tipos, causas y características, así como algunas estrategias para afrontarlas de manera efectiva.

Tipos de crisis existenciales

Las crisis existenciales pueden tomar diferentes formas, dependiendo de la edad, la cultura, la personalidad y las circunstancias de cada individuo. Sin embargo, se pueden identificar algunos tipos generales de crisis existenciales que son comunes en muchas personas (Wong, 2014).

- Una de las crisis existenciales más comunes es la crisis de la mediana edad. Esta crisis suele ocurrir alrededor de los 40 años y se caracteriza por una sensación de estancamiento, de haber llegado a la mitad de la vida sin haber alcanzado todo lo que se deseaba. En esta crisis, se puede experimentar un sentimiento de pérdida de juventud, de energía y de posibilidades, lo que puede llevar a cabo una reevaluación de la vida y de las metas personales



- Otra crisis existencial usual es la crisis de la identidad. Esta crisis ocurre en la adolescencia y en la juventud adulta, y se caracteriza por una búsqueda de la identidad y del sentido de la vida. En esta crisis, se puede experimentar una sensación de confusión y de incertidumbre sobre quiénes somos y qué queremos ser, lo que puede llevar a cabo una exploración de diferentes opciones y una redefinición de la propia identidad.
- Finalmente, la crisis existencial es la crisis de la vejez. Esta crisis suele ocurrir en la última etapa de la vida, y se caracteriza por una sensación de pérdida de capacidades físicas y mentales, así como de la cercanía de la muerte. En esta crisis, se puede experimentar un sentimiento de nostalgia, de tristeza y de temor ante el futuro, lo que puede llevar a una reflexión sobre el legado personal y la trascendencia.

Causas de las crisis existenciales

Las crisis existenciales pueden ser desencadenadas por diferentes factores, tales como eventos traumáticos, cambios significativos en la vida, pérdidas, enfermedades, entre otros. Sin embargo, también pueden ser el resultado de una búsqueda interna de sentido y propósito, que se da en momentos de transición y transformación personal (Ryff, 1989).

Las crisis existenciales suelen estar acompañadas de una serie de características que las distinguen de otros tipos de crisis. Algunas de estas características son las siguientes:

- Sentido de vacío: una sensación de falta de significado y propósito en la vida.
- Cuestionamiento de valores: una revisión crítica de los valores y creencias personales.
- Búsqueda de sentido: una exploración activa de nuevas opciones y posibilidades.
- Confusión: una sensación de desorientación y de falta de dirección.
- Cambio de perspectiva: una visión diferente y más profunda de la vida y de uno mismo.
- Utilización de estrategias para afrontar las crisis existenciales

Figura 14
Factores que desencadenan las crisis existenciales



*¿Qué hacer para
superar esta crisis
existencial?*

Los expertos señalan que se debe buscar un objetivo claro a través del planteamiento de un proyecto de vida que ayude a reubicarse con sentido definido, probar y hacer cosas distintas, crear nuevos hábitos, conocer otras personas, eliminar de su vocabulario los “es que” y todo tipo de pretextos que le mantenga en la zona de confort sin decidirse a tomar decisiones definitivas que lo reinventen y permitan descubrir que esta crisis existencial, no necesariamente ha de hacerlo sufrir, sino que ha de servir de base para entender que el viejo paradigma está obsoleto y que la nueva oportunidad es mucho mejor.

Reconectarse con uno mismo y entender que quizá vivíamos en función de terceros quienes nos indicaban lo que debíamos de hacer y cómo, nos llevará sin duda al autoconocimiento, al autocuestionamiento para tomar conciencia de las oportunidades que están a la mano, y sí, implica esfuerzo, trabajo, tomar la decisión de salir a la zona de confort, pero es urgente trabajar con uno mismo, frente a esto, es responsabilidad propia y no de otros, y no va en favor de satisfacer necesidades, sino de reestructurar la propia vida, pues se corre el

riesgo de repetir una y otra vez el pensamiento inútil que nos ata a la crisis existencial. Por lo tanto, encontrar el sentido propio, todo aquello que realmente se identifique conmigo, que me haga sentir plena/pleno, será lo que dé respuesta a todo cuestionamiento, con un compromiso personal que me ayude a identificar el porqué de mi propia existencia. Buscamos equivocadamente que desde fuera de nosotros venga la respuesta y al no encontrarla entramos en crisis, para ello cada uno debe hacerse cargo de sus propias decisiones y asumir las consecuencias, si quiere estar en paz consigo mismo, cada uno es responsable de sus actos y de la elección de ser y hacer, entonces no es más que asumir lo que de esto resulte. El shock del dolor, de la pérdida, de la carencia, del fracaso, deben constituir por sí mismos todo aquello que debemos vencer con el propio pensamiento consciente para volver a conectar este con uno mismo.

La teoría del manejo del terror «TMT, por sus siglas en inglés» es un enfoque psicológico humanista-existencial iniciado por Ernest Becker y que trata la cuestión de cómo los individuos manejan los pensamientos, las experiencias y los sentimientos relacionados con la muerte y el morir (Pyszczynski et al., 2021). En este contexto, la investigación ha demostrado que las personas usan un sistema de pensamiento que amortigua la ansiedad para manejar el terror a la muerte mediante la creación de cosmovisiones culturales consistentes, autoestima y relaciones interpersonales cercanas. La esperanza y los sentimientos de inmortalidad se crean a través de los sistemas de creencias y visiones del mundo «inmortalidad literal» y el deseo de contribuir a algo más grande que uno mismo, como la familia, la nación o los recuerdos de los demás «inmortalidad simbólica». Los recordatorios de la muerte generan un compromiso con la cosmovisión propia. Medidas como bloqueos, cierre de negocios y aislamiento para minimizar el virus y su impacto en la sociedad han tenido el efecto de agotar los principales recursos de los mecanismos de afrontamiento individuales para enfrentar el terrorismo de manera más efectiva (FitzGerald et al., 2020). Afrontar una crisis existencial puede ser un proceso difícil y doloroso, pero también puede ser una oportunidad para el crecimiento y la transformación personal. Algunas estrategias para afrontar estas crisis son las siguientes (Steger et al., 2006):

- 
- Reflexión personal: Dedicar tiempo a la reflexión y al autoconocimiento, a través de la meditación, la escritura, el arte u otras actividades creativas.
 - Apoyo social: buscar el apoyo de amigos, familiares o profesionales de la salud mental.
 - Reevaluación de metas y valores: reflexionar sobre las metas y valores personales, y hacer los cambios necesarios para alinearlos con las verdaderas necesidades y deseos.
 - Aceptación: aceptar las limitaciones propias y las situaciones inevitables, y enfocarse en lo que sí se puede controlar.
 - Trascendencia: buscar un propósito más allá de uno mismo, a través de la ayuda a los demás, la espiritualidad o la creatividad.

Algunas personas pueden, posterior de un autoanálisis y un encontrarse consigo mismo, salir, pero otras personas no lo logran, porque no cuentan con herramientas para hacerlo. Es importante buscar a un profesional que nos ayude a reflexionar sobre nosotros mismos y nuestro propio proyecto de vida, en lugar de enfocarnos en el de otros, entender que lo que proyectamos sale de nuestro interior, de nuestro pasado, de lo que elegimos ser y de cómo nos elegimos a nosotros mismos, y al reconstruirnos trabajar con propósitos que nos hagan sentirnos realizados, contentos y marcar la diferencia con nuestra propia identidad.

El pasado existe, pero solo forma parte de nuestra trayectoria. No somos nuestro pasado, todo lo que no aporte debe deconstruirse para dar paso a una nueva vida donde sea yo misma, donde sea yo mismo, conmigo, para mí, por mí y que tenga sentido pleno, que me dé alegría, que me haga sentir bien, es decir, que sea mi propia identidad y el sentido de mi existir.

Recuerde: "No somos nuestro pasado"



2.6. La ira

Los seres humanos, que son seres sociales que viven con otros, deben formar relaciones interpersonales sanas y fluidas con los demás y sentir una sensación de estabilidad y satisfacción para mantener sus vidas individuales (Gui & Stanca, 2010). La mayoría de las personas reconocen que para mantener buenas relaciones interpersonales, no deben expresar palabras agresivas ni realizar acciones que lastimen a los demás (Korkiamäki, 2016). Sin embargo, uno puede sentir que su opinión ha sido ignorada o tratada injustamente, lo que genera odio y resentimiento y hace que uno quiera participar en acciones hostiles y agresivas (TenHouten, 2007; Aiken & West, 1991). En la sociedad moderna, donde la violencia está estrictamente prohibida, las personas confían en los ataques indirectos y expresan su hostilidad hacia la otra persona de forma verbal, tímida o no verbal (Largo et al., 2009). Este tipo de agresión también se conoce como hostilidad indirecta, agresión indirecta o agresión pasiva. Algunas personas tienen una fuerte tendencia a la agresión pasiva. En el pasado, se diagnosticaba como trastorno mental cuando esta tendencia se observaba como grave (Lim & Suh, 2022).

¿Qué es la ira? ¿Cómo se controla?

Damasio (2010a), señala que las emociones “son programas de acción razonablemente complejos, que son un conjunto de cambios corporales que responden a situaciones, pensamientos, o estímulos que activan respuestas químicas y neuronales”, la gama de emociones que se despiertan frente a estímulos externos, tienen un origen social, familiar, personal, ambiental, biológico, cultural, educativo y dependen también de las creencias que maneja el ser humano sobre el mundo, sobre sí mismo y su entorno para que cobren vida, por ello se hace necesario identificar la emoción y qué la activa.

Aristóteles ya decía: “No se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho”, así con las emociones no sabemos qué son si no conocemos qué las despierta. La ira es una emoción primaria que se manifiesta



frente a la frustración, insatisfacción, culpa, vergüenza, conflicto y que aparece como un pensamiento en disco rayado, con esquemas mentales negativos que producimos cuando nos sentimos incómodos, atacados y creemos que no hay otra salida, sino que explotar y agredir. A nivel neuroquímico, la química sanguínea se altera y empezamos a producir adrenalina, noradrenalina y cortisol, generando constantes estados de ánimo negativos de lucha, huida o bloqueo emocional.

Estos estados se encienden normalmente frente a injusticias, tedios, incomprensiones, reclamos o cualquier situación molesta y pasajera; sin embargo, en condiciones anormales los estados se quedan y forman parte de la reactiva diaria de la persona, se dice entonces que hay un historial de agresión, donde no se ha controlado la ira. Una característica de descontrol es gritar, menospreciar, ofender, juzgar, protestar, atacar o agredir a otros frente a situaciones que no se ajustan a nuestro requerimiento y se justifican diciendo que la culpa es de otro o de las circunstancias. Sentir ira es normal y la mayoría de los seres humanos la experimentamos, lo importante es saber controlarla para estar en paz con uno mismo y con los demás y no dar paso a que se instale como parte de nuestro comportamiento diario, para ello existen técnicas de control. Desde la terapia cognitiva de Beck y Ellis se sugiere tres pasos:

1. Identificar los pensamientos automáticos, es decir, las palabras inconscientes que surgen siempre o casi siempre frente a las situaciones, por ejemplo: frente a las críticas que recibimos deberíamos identificar las palabras que nos decimos y darnos el tiempo para escribirlas.
2. Evitar la respuesta de los pensamientos automáticos identificados y escritos, por ejemplo: preguntándonos ¿qué hay de verdad hay en esa crítica?, o ¿cuál es el aporte en mi vida de esa crítica?
3. Crear el hábito, cambiar el pensamiento automático negativo por pensamientos estimulantes para mí, por ejemplo: bueno, eso que dicen no aporta a mi crecimiento personal, por tanto, no lo considero, no lo tomo en cuenta.



Otras estrategias que ayudan son:

- Identificar situaciones, personas, estímulos que activan mi ira y darle un nombre, por más vergonzoso que me parezca, a aquello que experimento cuando voy a la acción agresiva o violenta, no con el fin de evitar lo que más temo, sino enfrentarlo, es decir ver la oportunidad y no el problema, pues es mi propia lectura de la situación.
- Hacerme responsable de lo que puedo o no controlar, y trabajar a diario por mantener lo que aporta a la vida.
- Respirar profundamente, sostener el aire y expulsarlo lentamente mientras pienso en el problema y en la respuesta más asertiva.
- Decirse mensajes reales y posibles como: ¡detente, tú puedes, tú eres mejor que esto ;
- Tomar tiempo fuera, reflexionar por 5 segundos las consecuencias y salir un momento hasta aclarar las ideas para dar respuestas que construyan a la relación.
- Una forma de manejar la ira es utilizar técnicas de regulación emocional. Estas técnicas pueden incluir la relajación muscular progresiva, la meditación, la respiración profunda y la visualización (American Psychological Association, 2020a).
- La Terapia cognitivo-conductual puede ser útil para ayudar a las personas a identificar y cambiar sus patrones de pensamiento negativos y disfuncionales que pueden contribuir a la ira (American Psychological Association, 2020b).
- Otra técnica de manejo de la ira es la resolución de conflictos. Esto implica la identificación de los problemas subyacentes y la búsqueda de soluciones mutuamente satisfactorias. Los enfoques de resolución de conflictos pueden incluir la negociación, la colaboración y la mediación (American Psychological Association, 2020a).

Además, la ira puede ser influenciada por factores biológicos, como los niveles de hormonas y la genética. La investigación ha encontrado que los niveles elevados de testosterona pueden estar asociados con una mayor agresión y hostilidad en los hombres (Archer, 2006). Otros estudios han encontrado que ciertas variantes genéticas pueden aumentar la susceptibilidad a la ira y a la agresión (McCraty et al., 2003). La cultura y las normas sociales también pueden desempeñar





un papel en la manera en que se maneja la ira. Por ejemplo, algunas culturas pueden favorecer la expresión abierta de la ira, mientras que otras pueden enfatizar la supresión de la emoción (Soto et al., 2005). La religión también puede influir en la manera en que se maneja la ira, con algunas enseñanzas religiosas que promueven la paciencia y la compasión (Asociación Americana de Psicología, 2020).

Todo esto es un proceso de entrenamiento que será bien llevado con el apoyo de profesionales. Para recordar, la ira es el lenguaje interno, lo que nos decimos a nosotros mismos y la mostramos en función de cómo aprendemos frente a los mecanismos de dolor y recompensa, lo que incorporamos como experiencias tristes y agradables, nos ayuda a manejarla mejor. James, (1950), señaló que, si se cambia la mentalidad, cambian los aspectos externos de nuestras vidas, solo se pierde algo exterior, pues la belleza interior del ser se mantiene. La persona libre es quien no actúa de acuerdo a sus emociones, sino de acuerdo a su propia decisión. Algo importante, muchas veces la ira se genera por falta de reconocimiento del valor ajeno que empieza con frustración y termina con agresión y a veces en llanto.

En resumen, la ira es una emoción natural que puede ser desencadenada por una variedad de eventos y situaciones. Existen diferentes tipos de ira, y el manejo efectivo de la ira puede ser beneficioso para la salud mental y física a largo plazo. Las técnicas de regulación emocional, la resolución de conflictos y la terapia cognitivo-conductual pueden ser útiles para manejar la ira. Además, los factores biológicos, culturales y sociales pueden influir en la manera en que se maneja la ira.

Recuerde que el reconocimiento del valor ajeno es muy importante

“Quiéreme cuando menos me lo merezca, porque es cuando más lo necesito”

(Funes, 2009).



2.7. Agresividad y violencia en el ser humano

Las tipologías de agresión humana se corresponden en gran medida con las de otros animales. Si bien es posible que no exista un equivalente no humano de la agresión reactiva enojada, proponemos que la agresión proactiva humana es similar a la ofensa en los concursos de dominio de otros animales por territorio o estatus social. Al igual que la depredación/caza, pero a diferencia de la defensa, el ataque y la agresión proactiva se refuerzan positivamente, lo que implica la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. El impulso que proporcionan estos estados motivacionales debe ser suficiente para superar el miedo asociado con el inicio de peleas arriesgadas; llamamos a la actividad neuronal que motiva la agresión proactiva “excitación agresiva no enojada”.



El aumento de la excitación agresiva impulsa las transiciones de amenaza frente al ataque, como en la escalada de verbal a física y más allá de eso, en hiperagresión. La agresión proactiva y la ofensa implican estados de actividad neuronal relacionados. Las cortezas: cingulada, insular y prefrontal energizan/modulan la agresión a través de un núcleo subcortical que contiene subnúcleos para cada tipo de agresión. Estas propuestas profundizarán la comprensión de la agresión en todos los taxones, orientando la prevención/intervención de la violencia humana (Potegal & Nordman, 2023).

La OMS señala que el hombre es un ser biopsicosocial, esto implica que tiene componentes genéticos, mentales y de interacción con otros. No obstante, es importante señalar también que el género humano, a decir de Morín y Ruiz, (2005), es un ser biocultural y en esta bioculturalidad se define al ser humano y a su demencia circunstancial en una unidad compleja de su ser físico, biológico y sociocultural, señala que todo comportamiento humano es el resultado de las interacciones entre estos componentes genéticos, cerebrales y socioculturales, y que el cerebro es la estructura donde se organizan las diversas esferas constitutivas de un universo antropológico, establece además una relación entre la hipercomplejidad cerebral y la demencia constitutiva del ser humano. La agresividad para Winnicott, (1981) constituye una fuerza vital, un potencial que trae el niño al nacer y que podrá expresarse si el entorno lo facilita, sosteniéndolo adecuadamente. Cuando esto no sucede, el niño reaccionará con sumisión, teniendo dificultad para defenderse, o con una agresividad destructiva y antisocial. Relacionando el apetito con el desarrollo emocional, Winnicott, (1981), plantea que la avidez es la forma primitiva del amor asociada con la agresión, es decir, que inicialmente existe una sola pulsión de amor-lucha, en la que el amor temprano contiene esta agresión-motilidad.

Dada la pregunta si la agresividad es innata o adquirida, varias teorías la explican, así el determinismo biológico señala que la agresividad se da por elementos internos propios del ser humano “instintos” producto del desarrollo evolutivo y adaptativo. Freud, (1957), al respecto dice que la agresividad como instinto o pulsión es parte de la personalidad de cada sujeto.



Los trastornos del neurodesarrollo (ND) están asociados con experiencias de victimización, pero los mecanismos siguen sin estar claros. Exploramos las diferencias de sexo y el papel de los factores familiares y los problemas de externalización en la asociación entre varios trastornos del ND y la victimización violenta en la adolescencia y la adultez temprana (Ghirardi et al., 2023).

Las teorías más conocidas en la agresividad:

- Teoría de la frustración – agresión: Donde el ser humano aprende de una experiencia previa frustrada, cuando se manifiesta la agresión o violencia calma en algo dicha frustración, es como que al destruir al sujeto u objeto se apacigua la carencia que la provocó.
- Aprendizaje social: Bandura y Riviére, (1982) sostienen que aprendemos diversos comportamientos, entre ellos la agresividad por imitación, pero también por la asimilación de conductas ajenas que permiten comprender que se puede evitar o no en relación con la agresividad.
- Teoría psicosocial: Sostiene que hay procesos psicológicos individuales y también sociales que actúan en un mismo ser, dando como resultado un comportamiento específico, esto no obstante guiados por normas socioculturales que permiten entender que la agresión se da cuando se transgreden dichas normas.
- Las neurociencias: La agresividad y violencia se explican por la acción dialógica de dos haces hormonales, uno, el prosencéfalo medial y el sistema dopaminérgico, que incitan la acción del hipocampo, activan recursos, y el sistema periventricular colinérgico, que activa la corticotropina que inhibe la acción, empero, permite la activación de la amígdala, esta activación inhibición se relaciona con estado psicoafectivos de alegría, tristeza o frustración.

El profesor José Sanmartín (2014) señaló que la agresividad es un proceso adaptativo y defensivo común en los seres humanos, pero cuando la agresividad se altera se torna en violencia, misma que tienen componentes socioculturales y deja de ser automática para ser intencional y potencialmente dañina, esto le da un carácter propio de los seres humanos a diferencia de la agresividad que se dé en otras especies.



Morín y Ruíz, (2005), por su parte, sostienen que cuando existe deficiente control de la agresividad, en el hombre se desatan las pasiones violentas, asesinatos, destrucciones, venganzas, odios, violencia de género, femicidio, violencia contra minorías étnicas. Pero, ¿por qué el ser humano denominado Homo Sapiens (hombre que piensa), no ha podido controlar lo consciente y da paso a lo inconsciente? Quizá porque la mente errante reconstruye constantemente el ego, existe una red neuronal que ingresa información inconsciente y la devela en situación de defensa, peligro o ataque.

Los grandes males que aquejan a la humanidad, especie de jinetes del Apocalipsis, son: la explosión demográfica, el hambre, la violencia, la polución y la escasez de agua, no pecaría de exagerado si sostuviera que la violencia es consecuencia de los otros cuatro jinetes. La violencia, y su modalidad más temible, odiosa y artera, el terrorismo, representan el problema central de nuestra cultura. Según los futurólogos, su magnitud es tal que puede causar la desaparición del humano aristotélico (Amarista Félix José, 2008).

La violencia es todo lo contrario a la convivencia, y así se puede comprobar en las definiciones de ambas. Mientras que la convivencia es entendida como el estado donde diversos sujetos se relacionan entre sí y con el entorno, en términos de reconocimiento, reciprocidad, tolerancia, participación, etc., pudiendo así convivir entre todos de manera pacífica y segura, y alcanzar una cultura para la paz (Furlán et al., 2004), la violencia se entiende como todas aquellas acciones que causan dolor físico o psíquico en los sujetos, o dañan objetos que se encuentran en un ámbito determinado (Hurrelmann, 1990; Hurrelman, 1990). Visto de esta manera, la violencia no contribuye a la convivencia, ni a la paz, y, por lo tanto, son considerados términos opuestos. Sin embargo, si buscamos los sinónimos de violencia, encontramos que la agresión es uno de ellos, y se entiende como cualquier tipo de conducta que se realiza con la intención de causar daño a otra persona. Asimismo, podemos comprobar la afinidad y la relación de la violencia con la agresión. Sin embargo, la real académica de la lengua española, no contempla el conflicto, ni la agresividad como sinónimos o antónimos de la violencia. De esta manera se rechaza la idea de quienes asocian la



violencia con conflictos y con la agresividad, pero antes de continuar hablando de la violencia, es imprescindible, tener criterios para poder afirmar que el conflicto y la agresividad no se encuentran vinculados a la violencia. Para ello es necesario analizar y delimitar que es el conflicto, la agresión, la agresividad, y la violencia, conceptos que de una manera u otra manera, llevan a confusión (Penalva, 2018).

La violencia ha crecido en todos los países, en todas las latitudes, bajo multitud de formas, la violencia es el resultado de la interacción entre el cerebro y el entorno. Algo interesante que resaltar es que la agresión en un contexto social, para nada neutro, sino más bien basado en relaciones de poder, se camufla en orden, ley, justicia, diplomacia y manejo de diálogo; a veces es difícil descifrarlo justamente por esta camuflado esa es una forma de agresión invisible. El profesor y psicólogo, Richard Davidson, señala que el cerebro se desconfigura por la falta de algo, quizá ese algo sea el amor, afirma que este sentimiento noble reestructura el cerebro.

El psiquiatra James Fallon, descubrió en sus autoestudios genéticos ser portador del gen MAO-A, mismo que marca la tendencia en alto grado de riesgo para la agresión, violencia y baja empatía, se diagnosticó a sí mismo como psicópata. Se preguntó por qué siendo tal, nunca hizo daño a nadie y menos a sus hijos, su respuesta fue que su infancia fue feliz, rodeada de amor, ternura, cariño y tolerancia, que lo genético está presente y no se puede negar, pero que un entorno feliz sin duda impide su aparición.

«Amar y sentirse amado activa la producción de serotonina y dopamina, neurohormonas del placer y la felicidad, por esto les invito a seguir amando, amando a los otros y también amándose a sí mismos».



3

CAPÍTULO

La identidad y los roles de género son dos de los aspectos más complejos e importantes de la sexualidad

PÉRDIDA Y ADAPTACIÓN

3.1. Identidad sexual

¿Qué es identidad?

La identidad y los roles de género son dos de los aspectos más complejos e importantes de la sexualidad, ya que definen cómo las personas deben pensar, sentir y comportarse dentro de la sociedad según el género con el que se identifican. Se forman a partir de las vivencias, creencias y valoraciones que cada persona hace desde la niñez sobre lo que significa ser hombre o mujer en una sociedad, lo cual está influenciado tanto por el contexto socio-histórico como por los factores biológicos de la sexualidad (Balanta & Salazar, 2022).

La identidad es un concepto complejo que ha sido estudiado por filósofos, psicólogos y sociólogos. Se refiere a la comprensión que una persona tiene de sí misma en términos de quién es, qué hace y cómo encaja en el mundo que la rodea. La identidad es una construcción social y personal que se desarrolla a lo largo del tiempo y se ve influenciada por una variedad de factores, como la cultura, el género, la sexualidad, la raza, la clase social, entre otros (Erikson, 1968).

Existen diferentes tipos de identidad que se han identificado en la literatura:

a. En primer lugar, la identidad personal se refiere a la comprensión que una persona tiene de sí misma en términos de sus características únicas, como sus intereses, habilidades y rasgos de personalidad. Esta identidad se desarrolla a lo largo del tiempo y puede ser influenciada por las experiencias de la vida, las relaciones interpersonales y las expectativas culturales (Marcia, 1966).



- b. En segundo lugar, la identidad social se refiere a la comprensión que una persona tiene de sí misma en términos de los grupos sociales a los que pertenece. Estos grupos pueden incluir la familia, la comunidad, la religión y la cultura. La identidad social se desarrolla a través de la interacción social y la pertenencia a estos grupos, y puede influir en la forma en que una persona se ve a sí misma y a los demás (Tajfel, 1978).
- c. En tercer lugar, la identidad cultural se refiere a la comprensión que una persona tiene de sí misma en términos de su pertenencia a un grupo étnico o cultural específico. Esta identidad se desarrolla a través de la socialización cultural y la pertenencia a una comunidad cultural, y puede influir en la forma en que una persona se ve a sí misma y a los demás (Phinney, 1992). Además, la identidad de género y la identidad sexual son dos tipos de identidad que han recibido una atención significativa en la literatura.
- d. La identidad de género se refiere a la comprensión que una persona tiene de sí misma en términos de su género, es decir, si se identifica como hombre, mujer o alguna otra identidad de género.
- e. La identidad sexual, por otro lado, se refiere a la comprensión que una persona tiene de sí misma en términos de su orientación sexual, es decir, si se siente atraído por personas del mismo género, del otro género o de ambos géneros (American Psychological Association, 2020a).

La identidad también puede estar influida por traumas y experiencias negativas en la infancia. Por ejemplo, la Teoría del Apego sugiere que los primeros vínculos de un niño con sus cuidadores pueden influir en su desarrollo de la identidad a largo plazo (Bowlby, 1969). Los traumas y experiencias negativas en la infancia también pueden tener un impacto duradero en la identidad de una persona, que puede manifestarse como problemas de autoestima, relaciones interpersonales y otras áreas de la vida (Herman, 1997).

La autoestima es otro aspecto importante de la identidad, la autoestima se refiere a la valoración que una persona tiene de sí misma, y puede tener un impacto significativo en su bienestar emocional y mental. La autoestima se desarrolla a través de la socialización y la interacción social, así como a través de la experiencia de éxito y fracaso en la vida (Rosenberg, 1965). La crisis existencial es otro tema relevante en



la literatura sobre la identidad. La crisis existencial se refiere a un momento en la vida en el que una persona se cuestiona su propósito y significado en el mundo. Esta crisis puede ser desencadenada por eventos de la vida, como la muerte de un ser querido o un cambio significativo en las circunstancias de la vida. La resolución exitosa de la crisis existencial puede llevar a una mayor comprensión y afirmación de la identidad (Erikson, 1959). Por último, la ira es una emoción que puede influir en la identidad de una persona. La ira puede ser desencadenada por una variedad de eventos y situaciones, y puede manifestarse de diferentes maneras. La ira puede influir en la forma en que una persona se ve a sí misma y a los demás, y puede tener un impacto en las relaciones interpersonales y la salud mental a largo plazo (Asociación americana de psicología, 2020).

La identidad sexual es el conjunto de rasgos que son propios de un individuo o de una colectividad frente a los demás, es la conciencia que un individuo tiene de sí mismo (Erikson, 1959, como se citó en Bordignon, 2005).

Son los primeros esquemas de acción frente a objetos, al propio cuerpo y a sí mismo. Es decir, la identidad es todo aquello que nos hace únicos e irrepetibles, es nuestra propia imagen creada por todo un bagaje de creencias, aspectos biológicos, genéticos, de relaciones sociales, entre otros. En conclusión, la identidad es un concepto complejo que se refiere a la comprensión que una persona tiene de sí misma en términos de quién es, qué hace y cómo encaja en el mundo que la rodea. Existen diferentes tipos de identidad, como la identidad personal, social, cultural, de género y sexual. La identidad puede ser influenciada por una variedad de factores, como la cultura, el género, la sexualidad, la raza y la clase social, entre otros. La comprensión de la identidad es importante para la salud emocional y mental a largo plazo, y puede ser influenciada por traumas, autoestima, crisis existenciales y emociones como la ira.

¿Qué es identidad sexual?

Existe una primera influencia en el “constructo” de la identidad que se genera mientras el bebé está en el vientre materno, pues para su llegada



ya está armada toda una estructura social, se han preparado vestimentas con colores afines, adornos, habitaciones después de saber si es niño o niña, inclusive se elige el nombre que lo identificará para ser él o ella.

Comúnmente, la identidad sexual, suele entenderse como un compendio de características del ser, internas, estables y ligadas al sexo (Alcántara, 2013). Ya cuando nace un nuevo ser, los padres tienen sus propios intereses y dicen a sus hijos lo que han de hacer y no, una vez que nacemos vamos construyendo nuestra sexualidad, en este viaje nos identificamos con el sexo biológico, hombre, mujer o inter sexuado, con características masculinas o femeninas independientemente del sexo biológico. Para el año 2000, la Organización Mundial de la Salud, juntamente con la Organización Panamericana de la Salud, (2000) expidieron acciones y estrategias para promover la salud sexual; dentro del mismo documento de forma pormenorizada han establecido algunos conceptos relacionados con la sexualidad, entre ellos la identidad sexual, conceptuándola así:

IDENTIDAD SEXUAL

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (p.7).

Entonces podemos decir que la identidad sexual consiste en el reconocimiento de su propio sexo y del carácter de atributo permanente del mismo. Inicialmente, se trata de una identificación externa (vestimenta, pelo, etc.), que un niño es capaz de hacer desde los dos años. Entre los dos años y medio y los tres, la mayoría de los niños reconoce su sexo, aunque todavía puede cambiarse al modificar o introducir algún elemento nuevo externo. De los tres a los cinco años se acentúa el conocimiento de la identidad y permanencia del sexo por encima de los cambios externos; generalmente llegan a la conservación del sexo entre los cinco y siete años, precisamente cuando empiezan a comprender



la conservación de la cantidad, de la masa y de los líquidos. Los niños saben que son y serán en lo sucesivo como los padres y las niñas como las madres, antes de los diez años adquieren una tipificación sexual que permanecerá en la edad adulta (Hurrelmann, 1990).

¿Cómo se construye la identidad sexual?

Los niños adquieren desde los primeros años de su vida conciencia de su sexo y de su rol sexual. Desde que nace, el bebé recibe un trato diferenciado en razón de sus características biológicas, desde un principio sufre un proceso sutil y sistemático de sexualización, que terminará en la adquisición y aceptación de unas actitudes, intereses, valores, aptitudes, entre otros, que la sociedad ha llegado a considerar inherentes y derivados de la condición biológica. Se espera del niño y se cultiva en él un comportamiento que los adultos estiman propio de su sexo. La sociedad refuerza unas actitudes y conductas típicas, que reconoce como más adecuadas a uno u otro sexo, los grupos humanos tienen estereotipos sexuales que condicionan y determinan en gran manera el comportamiento del individuo (Machargo, 2006).

Se consideran algunos aspectos:

1. Identidad de género: cuando se habla de masculino o femenino, las personas del entorno señalan un comportamiento para cada uno, donde la mujer debe ser tierna, sumisa, sexualmente pasiva, dependiente, y el hombre sexualmente activo, rudo, fuerte, proveedor. Esto es una realidad condicionada por el momento histórico y social que limita las cualidades propias no vinculadas al sexo biológico, por ello, sexo y género son independientes. Existe, sin embargo, una variabilidad, pues hay mujeres que tienen afinidad con lo masculino y hombres que tienen afinidad con lo femenino.
2. Orientación sexual: la inclinación o preferencia hacia miembros del mismo sexo que se conoce con el nombre de homosexualidad, lo cual rompe los paradigmas que manifestaban que eran el resultado de influencias patógenas, también está la preferencia por el sexo opuesto o heterosexualidad, o hacia personas de ambos sexos denominada bisexualidad, pero esto no es una categoría en la que el individuo puede inscribirse simplemente.



3. La conducta sexual o expresión de género: no se relacionan con la orientación que cada uno percibe de sí mismo, sino de lo que asume como decisión propia en la sociedad, ya sea por miedo, por desprecio, por conflicto, por riesgo a su vida, lo que lo obliga a cerrarse por no ser víctima de discriminación, lo que dilata a su vez su revelación desde el instante de su consciencia hasta su “salir del armario”.
4. Ideología de género: es una realidad condicionada por la sociedad, según la cual el individuo debe aceptarse, llenarse de sentido y decidir autónomamente.

Es fundamental integrar la orientación sexual y de género como una forma de expresión humana. Es preciso su reconocimiento y aceptación como un baluarte de libertad del propio cuerpo, si llegamos a esto, permitiremos la expresión del amor de manera constructiva que lleve a la felicidad de todos, independientemente de nuestra identidad sexual. Si disminuye el amor, se altera el sentido de la vida, el amor se refleja en tolerancia, aceptación y respeto a la diversidad.

“Aunque parezca difícil y pueda doler la incomprensión, la decisión siempre está en sus manos”.



3.2. La muerte y su proceso

“Un joven se encontró en un camino con la muerte y, caminando juntos, se hicieron muy amigos. En nombre de esa amistad, el joven le pidió un favor a la muerte: que, para poder disfrutar de la vida con mayor tranquilidad, le avisase con tiempo de que su hora final se aproximaba. La muerte le prometió que así lo haría.

Pasaron muchos años. El joven se hizo viejo sin que la muerte apareciese a anunciarle su final. Pero un día la Muerte se presentó de pronto, diciéndole que venía a por él. El hombre, muy asustado, protestó porque eso no era lo que habían acordado. La muerte le había prometido que le avisaría con tiempo y no le parecía bien que viniera a llevárselo sin previo aviso.

- *¿Se te puso el pelo blanco? – preguntó la Muerte.*
- *Sí, se me puso blanco, sí – respondió el viejo.*
- *¿Se te cayeron los dientes?*
- *Sí, se me cayeron, sí.*
- *¿Se te cansaron las piernas?*
- *Sí, se me cansaron, sí.*
- *¿Perdiste las fuerzas?*
- *Sí, las perdí, sí.*
- *¿Y te parecen pocos avisos? – dijo Muerte en la hora final.”*

(Herreros, 2011)



La muerte ha sido siempre, y es, para el hombre, un tema de profundas reflexiones y meditaciones, tanto desde la perspectiva filosófica y religiosa a, la más actual, científica... sin embargo, en las sociedades industriales avanzadas cada vez es más difícil el convivir o el aceptar la mera idea de la muerte (Sontag, 1996b); como veremos, el concepto y las actitudes hacia la muerte han venido sufriendo una “evolución” en los últimos siglos y, sobre todo, en las últimas décadas de modo que su mismo espectro semántico se ha visto falseado y alienado de forma reductiva (Gala et al., 1991). Así las cosas, hasta una enfermedad que sea comúnmente considerada como sinónimo de muerte, hay que ocultarla y negarla, recurriendo al engaño (Sontag, 1996a), en la complicidad —incluso— de que a los moribundos es mejor ahorrarles la noticia de que se están muriendo, llegando a concebirse la buena muerte como una «MUERTE REPENTINA», mejor aún si estamos inconscientes o durmiendo (Gómez, 1998).

Hablar de la muerte es intentar abarcar un mundo casi infinito de posibilidades. Su complejidad hace que su estudio pueda adoptar muy distintas perspectivas y, aunque morir es siempre un proceso individual, es también un acontecimiento que afecta a aquellos que se relacionan con quien muere, evidenciando una dimensión social y cultural. De allí que las actitudes y comportamientos que las personas adoptan ante la muerte sean el resultado de características y circunstancias individuales, por un lado, y del concepto y sentido de la muerte imperante en la sociedad, por el otro (Lynch G. & Oddone M.J., 2017).

Heidegger, (1998) refiere a que la muerte no es ni auténtica ni no auténtica, por ello no debería ser objeto de temor, quizá sí de anticipación; sostiene que la muerte es la nada como nuestra más extrema posibilidad, dice además que el pasado ya tuvo su “fue”, el “es” o el “será” son un espejismo mental. La enfermedad corta o larga de un ser querido, el proceso de agonía y la esperanza de salvación, sin duda cambian la dinámica familiar e incluso la misma estabilidad emocional del paciente. Mejía, (2008), sostiene que “lo paradójico es que, a pesar del cuidado familiar, el enfermo, experimenta una soledad abrumadora” (p.17), la verdad lo condena a vivir su proceso de morir en forma solitaria, aunque rodeado de su gente. Sostiene que,



el enfermo, antes de morir como cuerpo, ya ha sido despojado de su valor de persona humana, la soledad física, psíquica y emocional que experimenta, lo acompaña en sus últimas horas.

Se ha preguntado usted, ¿qué cosas piensa el ser humano agonizante?, ¿qué cosas pasan en su mente en estos últimos minutos?, ¿algunos se arrepentirán del daño hecho a otros?, ¿quizá perdonarán el daño recibido? Lo seguro es que este proceso es una transición del estado mental y material a un estado inmaterial, cada uno vive su propia agonía.

Puig, (2021), señala que el dolor frente a la muerte es un sufrimiento que añade la mente. La herida que no cicatriza no permite tener una vida razonable en los que quedan. Frente a esto, en nuestro cerebro se activa una red neuronal por defecto que va constantemente al pasado recordando la pérdida y alimentando el dolor, pero existe otra red, la del ejecutivo central que distrae del pasado y permite enfocarse en el momento actual sin olvidar la ausencia del ser querido. Después de la muerte, la expresión del dolor de los que quedan, puede manifestarse en cambios psicológicos profundos, nuestro cerebro prepara conductas y respuestas diversas como amargura, ira, desolación, rechazo, desesperanza, desconcierto, confusión, entre otras. Las expresiones dependen del sexo, la edad, del vínculo, del manejo de emociones e incluso de la cultura y se manifiestan en el proceso de asimilación de la pérdida, empero todo va de acuerdo con el grado de cercanía o lejanía de la persona fallecida, que puede o no llevarle a reflexionar sobre el valor de su propia vida. Erikson, sostiene que, en el caso de los adultos mayores, se dan dos situaciones frente al proceso de morir, una que es de sabiduría donde enfrenta su realidad y la acepta y la otra es de desesperanza que la deprime y asusta. Mientras que Mazzetti, (2017) considera que la muerte es un hecho inevitable y como se dice en el argot popular, la muerte es un proceso natural, así se nace, así se muere y es lo único seguro que todos tenemos en la vida.

El duelo es la reacción ante una pérdida que puede ser la muerte de un ser querido, pero también la pérdida de algo físico o simbólico, cuya elaboración no depende del paso del tiempo, sino del trabajo que se realice. Claramente, cambia el curso normal de la vida de una persona,



pero es un proceso normal. Esta es una definición general, que permite incluir a algunos de los autores más relevantes que han trabajado en el tema (Bowlby, 1961; Freud, 1957; Lindemann, 1944).

El duelo es el proceso psicológico o reacción adaptativa que se produce tras la pérdida de un ser querido. Como indican Barreto et al., (2013), se trata de una experiencia universal y dolorosa que se puede delimitar temporalmente y que supone un proceso de adaptación a la nueva situación. Aunque tiene un pronóstico favorable, en esta etapa se puede producir una interferencia en el funcionamiento general de la persona, ya sea por la prolongación en el tiempo de este proceso de dolor, por la intensificación de este o por la posible cronificación, dando lugar al llamado “duelo complicado” (Bermejo et al., 2011).

Según Parkes (1993), las etapas por la que pasa la persona en duelo serían, de modo esquemático:

1. “Entumecimiento y embotamiento” (Shock): en esta fase aparece fundamentalmente embotamiento afectivo, sentimientos de irrealidad (“no puede ser verdad”), incredulidad...
2. Anhelo y languidez: largos períodos de pena y anhelo intercalados con otros de ansiedad y tensión. Se pueden añadir a esta confusión emocional sentimientos de ira, autorreproche, baja autoestima y aturdimiento. La persona se puede sentir insegura y con la sensación de estar esperando cualquier desastre de un momento a otro.
3. Desorganización y desesperación: disminuye la intensidad emocional y aparecen amplios períodos de apatía y de desesperación. Todos los deseos se ven disminuidos y se prefiere no mirar al futuro. Puede aparecer aislamiento social y el doliente puede comportarse como si hubiese sido mutilado físicamente.
4. Reorganización y Recuperación: Primero se recupera el apetito por la comida. Los aniversarios suelen ser momentos de revivir el duelo, pero una vez pasan puede haber una mejora del humor y la energía. Las vacaciones pueden ser un momento de escape de todo



lo que recuerda al fallecido. Aparecen otra vez, paulatinamente, las motivaciones. Estas fases no siguen un orden temporal fijo y hay que tener en cuenta además la variabilidad interpersonal que hará que la duración y el orden de las mismas sea diferente.

Estas fases no siguen un orden temporal fijo y hay que tener en cuenta además la variabilidad interpersonal que hará que la duración y el orden de las mismas sea diferente. Por otra parte, también hay que señalar que es difícil concretar un punto final del duelo, ya que incluso años después pueden aparecer recuerdos tan vívidos como los experimentados inmediatamente después de la pérdida.

3.3. El Duelo

La pérdida de un ser querido implica siempre una etapa posterior de adaptación, esta etapa se denomina duelo y se trata de un proceso normal y necesario (Howarth, 2011). Al duelo se lo define como un proceso de adaptación emocional, hay pérdidas como el de una persona querida, un empleo, una pareja, un divorcio, el estatus social, entré otros. Es una crisis existencial, el duelo es la respuesta normal frente a la pérdida, no es patología ni enfermedad, para ello el ser humano tiene mecanismos emocionales y psicológicos que le permiten transcender en el tiempo su propio dolor.

En todo proceso de duelo hay dos factores fundamentales: por una parte, está la pérdida en sí y la significatividad de la misma; y por otra, el manejo de los propios sentimientos que afloran en la situación de pérdida. La investigación en temas relacionados con el proceso de morir y el duelo ha ido aumentando durante los últimos años, aunque ya desde los años 80 se viene hablando del modo en que la gente afronta los sucesos vitales estresantes (Lazarus, 1984). Estos autores, inicialmente, establecieron dos tipos de afrontamiento: aquel centrado en la emoción y aquel centrado en el problema. En el primero se busca regular la emoción causada por el distrés y en el segundo se intenta manejar el problema que lo origina. Por otro lado, autores como Rodríguez, (1996) distinguen entre formas de afrontamiento activas (o de afrontamiento del problema) y evitativas (que permiten escapar del problema). Cada



vez más estudios concluyen que son fundamentales las estrategias particulares de afrontamiento de cada persona en la elaboración del duelo (Elvira de la Morena, 2013; Wartella et al., 2009). De hecho, parece que las personas que tardan más tiempo en pedir ayuda específica para elaborar el duelo (podríamos hablar de afrontamiento evitativo) frente a las personas que acuden rápidamente a pedir ayuda (podría tratarse de afrontamiento activo), acaban necesitando una mayor atención profesional para su problema y viviendo un duelo complicado (Villacieros, Magaña, Bermejo, Carabias y Serrano, 2012).

La utilización de estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación parece tener un efecto negativo en el ajuste emocional y se asocia con mayor sintomatología (Calvete & de Arroyabe, 2012), mientras que, las estrategias orientadas al afrontamiento activo se asocian a efectos positivos sobre el ajuste emocional y social (Elvira de la Morena, 2013), incluso a mayores niveles de resiliencia (Bermejo, 2012; Bonanno, 2004). Las creencias culturales y mitos sobre la muerte y el duelo también tienen un papel importante en la elaboración del mismo. La muerte tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico, las costumbres, las creencias y la sociedad donde acontece (Azulay, 2000) y que puede influir facilitando o dificultando los procesos de duelo individuales de las personas (Villacieros et al., 2014).

Aunque no hay un tiempo cronológico definido, existe, sin embargo, un tiempo interior y es propio de cada persona, la Dra. Kübler-Ross, (1969) señala que este proceso tiene 5 etapas y las define como reacciones a la pérdida que muchas personas tienen, pero no hay una reacción a la pérdida típica ni tampoco existe una pérdida típica, nuestro duelo es tan propio como nuestra vida.

Estas etapas son fases que se extienden en el tiempo y empieza con:

- La primera etapa es la negación: la cuestión no es olvidar, sino aprender a vivir con la pérdida, sin embargo, es una manera de negar el dolor mientras intentamos aceptar la realidad de dicha pérdida
- La segunda etapa es la ira: en esta etapa se buscan culpables, se

pregunta el porqué del suceso y nuestro propio cerebro la elige para evitar los sentimientos más profundos hasta estar preparados para afrontarlos. La ira es la emoción más inmediata.

- La tercera etapa, negociación, va acompañada de la culpa, pues consideramos que debíamos haber estado más cerca de esa persona, haber hecho algo más, no haber dicho o hecho algo, e intentamos hacer de aquí en adelante cualquier cosa con otros para suplir esta pérdida, pactamos la forma de liberarnos del dolor.
- La cuarta etapa es la depresión, aparece la sensación del vacío, el duelo es más profundo, sentimos tristeza y soledad, la vida no tiene sentido, aunque nuestra mente ya nos diga que hay que continuar.
- Finalmente, llega la aceptación, aceptar la realidad permanente, no es estar de acuerdo con lo que ha pasado, sino vivir con esa realidad, estar consciente de la pérdida y aprender que ahora es parte de nuestra vida.

El proceso de duelo necesita tiempo según cada persona, para Del Barrio & Bianchi, (2007) existe diferencia entre el duelo y depresión, sostienen que el duelo es una crisis existencial, es la pérdida de una persona, de un objeto de una situación, mientras que la depresión es la pérdida de estima de sí mismo, en esta dimensión se procura que la persona dé una respuesta a dicha pérdida, y, añaden que cada persona manifiesta a su manera su propio duelo, que a veces se da paso al duelo solitario, al duelo congelado, todo depende del tipo de vínculo que rodea a la persona. Los seres humanos solemos dar respuesta al duelo desde lo individual y desde lo social.

La respuesta social la observamos, por ejemplo, frente a episodios mundiales, donde lo primero es buscar culpables que expliquen el suceso. La respuesta individual donde pese al tiempo, y aún después de la indemnización al hallar al culpable, aún nos sigue faltando ese algo, ese alguien en nuestra vida.

Freud, (1957) decía que en duelo aparece la aflicción como una respuesta normal, pero si pasa a melancolía posiblemente se vuelva una patología, por ellos es importante hacer un acompañamiento en el duelo. Los seres humanos solemos esperar que el tiempo lo resuelva o permita olvidar,



pero el objetivo es comprometerse con la vida, no cruzarse de brazos en espera que el tiempo lo resuelva, o pensar de forma conformista o fatalista, manifestando que así es la vida y que todo pasa.

El duelo es un sentimiento permanente, no un sufrimiento permanente, este pasa y se acepta la realidad en convivencia con nuestro proyecto de vida, nos compete, por tanto, como parte de la vida de los otros, trascender nuestro propio dolor para comprender el dolor ajeno, eliminar el egocidio, es decir superar nuestros propios pensamientos al creer que nuestro dolor es más grande que el de todos, es entender que para el otro también es significativo su propio dolor.

3.4. Depresión y suicidio

¿Qué es el vacío existencial?

Entiendo al vacío existencial como la pérdida del sentido de vida, construyendo por esta vía, personas que vivencian una soledad lacerante y destructiva. Es la pérdida de sentirse uno como sujeto, pasando a vivirse como objeto, alienante, mecánico, inmaterial ante la mirada de los otros y ciego para ver a otros. Es una imposibilidad de encontrarse a sí mismo y menos, encontrarte con “un otro”.

El vacío existencial es la nueva enfermedad que nos inoculan, volviéndonos zombis, destruyendo nuestro cerebro, sintiendo una incapacidad para evolucionar por estar inserto en el camino de la muerte y la destrucción, tanto de sí mismo, de los otros como del medio ambiente. Estamos insertos en una maquinaria de destrucción, de pulverización y desaparición. El vacío existencial es una técnica ideológica de dominación, creadora de formas de exclusión y aniquilación para todos aquellos que se oponen individualmente sin una alternativa utópica que sea incluyente del otro y de la comunidad (Saturno, 2014).



¿Qué provoca este vacío?

La desesperanza, frustración, desilusión, la no historización de sí mismo y de la comunidad, son los aspectos centrales desde donde se sostiene la construcción de este vacío. La desesperanza ante un mundo que promueve la lucha constante, pero sin llegar a nada, ya que, en el momento de estar llegando al destino de nuestro objetivo, ya comienza otro y nunca nos podemos detener a disfrutar lo logrado. La sobre exigencia que promueve una inseguridad constante, una falta de algo que no se puede simbolizar, promoviendo el consumismo, no solo de mercancías, sino de conocimientos que se transforman en otras mercancías que hay que acumular. Los nuevos y posmodernos acumuladores que solo apilamos papeles, reconocimientos, saberes, y poco se sabe el para qué usarlos, ya que solamente se promueve el saber hacer, mas no “el saber para qué hacer”. Este “para qué”, es una pregunta que hace a la propia existencia, a la dirección de nuestro acontecer existencial y a la misma orientación de nuestra vida (Buber, 1993). Es lo que nos permite llegar, permitiéndonos autovalorarnos y autorrealizarnos.

La frustración es la consecuencia de la distancia entre las expectativas creadas, no solo por nosotros mismos, sino también impuestas por el imperialismo mediático tras la nueva colonización mental llamada globalización; y la realidad que se nos impone y nos interpela. La distancia que queda entre las expectativas y la realidad, es el tamaño de la frustración (Nietzsche F., 1986).

A mayor desconocimiento de nosotros mismos, el no identificar nuestras limitaciones y los límites externos e internos, corremos en el corral que nos imponen con la puerta hacia el matadero. Un matadero mental, físico y espiritual. Jornadas laborales a los viejos estilos de la primera revolución industrial, desgaste mental, patologías que se instalan y otras que se retransmiten, adicciones de todo tipo con el solo fin de anestesiarnos y lograr cumplir expectativas que nunca son suficientes. Depresión, suicidio, falta de placer, mecanización y



robotización de la labor, la pérdida del sentido de la producción y lo peor, de mi lugar en la producción, despersonalizando mi quehacer y mi creatividad, terminando con lo humano, alienándonos, llegando a paramos en el andén de la muerte como mera ilusión del descanso y la paz (Saturno, 2014).

La depresión es un problema de salud mental frente a la cual algunas personas que la padecen han manifestado sentir desesperanza, pero ¿qué es la desesperanza?: Calvate, Villardón, Estévez y Espina, (2007) sostienen que esta es una tendencia de la persona con depresión, a hacer inferencias negativas sobre las causas – consecuencias e implicaciones para sí misma y que la ponen en una situación de vulnerabilidad, tanto para un tipo de depresión cuanto para el pensamiento suicida.

Aaron Beck, citado por Gómez, (2021) identifica una tríada denominada tríada cognitiva negativa como principio central de la depresión, donde el individuo tiene una visión negativa de sí mismo, sus experiencias las interpreta de manera negativa, al igual que, su visión de futuro, lo que le causa desesperanza e ideación suicida. Los esquemas de interpretación y procesamiento de la información, la percepción de la realidad con sus propias creencias y emociones, que de acuerdo a Beck pueden ser adquiridas en la infancia y permanecer latentes para activarse en momentos similares a los del origen, puede llevar a las personas a sesgar dicha información y a mantener un pensamiento negativo de sí, del mundo y del futuro (Gómez Velasco, 2021).

La Organización Mundial de la Salud, (2021) dio a conocer que más del 77% de suicidios se dieron en países de ingresos bajos y medianos, fue la cuarta causa de defunción en personas entre los 15 a 29 años. Las tasas de suicidios se elevan en grupos vulnerables y discriminados como los refugiados, inmigrantes, pueblos indígenas, personas de diferente género, reclusos, personas de situación de calle. Aproximadamente 703.000 personas se suicidan cada año, para el 2020 se estimaba un incremento a los 1.5 millones de suicidios. Las tasas más altas se registraron en Europa del este y las más bajas en América latina, en países musulmanes y en pocas regiones asiáticas. Con relación al sexo se da más tres veces más en el sexo masculino en los países más ricos del mundo, mientras que en los países de ingreso mediano bajo la tasa es mayor en el sexo femenino.



En cuanto a la etiología de la depresión, no se han establecido causas únicas, se habla de la interacción de factores biológicos, de personalidad y del ambiente, la evaluación es clínica y varía según la edad, el sexo y el ambiente. El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) señala la presencia de síntomas que varían según el tipo de depresión, empero se puede observar algunos que la caracterizan y que dan indicios de padecerla, así irritabilidad, apatía, anhedonia, aislamiento, angustia, alteraciones del sueño, de la alimentación, inquietud psicomotriz, baja autoestima, desesperanza, fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa, pensamientos de muerte, disminución de la atención, concentración, pérdida de interés en las actividades diarias, agitación, fatiga, entre otros (American Psychiatric Association, 2014).

El suicidio es un fenómeno humano de carácter universal y multicausal que responde a factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, ambientales y culturales y, por tal motivo, su estudio debe ser multidimensional y relacional (Gómez, 2018; Siabato & Salamanca, 2015). El suicidio se considera un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, presentando un incremento significativo en las tasas de intento y suicidio consumado en los últimos cincuenta años, especialmente en adolescentes y jóvenes (Carmona et al., 2017), además de los factores de morbilidad a nivel físico y mental, resultado de los intentos fallidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 800.000 personas se quitan la vida al año y otras más intentan hacerlo, encontrándose entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años (Organización Mundial de la Salud, 2017), siendo, además, la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios (Santos et al., 2017).

Por otro lado, la conducta suicida incluye un amplio espectro de comportamientos que, en su conjunto, se plantea como un proceso escalonado que va desde la representación de la muerte hasta llegar a la ideación y, finalmente, al intento de suicidio (Fernández-Liporace & Casullo, 2006; Gvion & Apter, 2011; Wilcox et al., 2010). De ahí que el considerar los pensamientos de muerte, el deseo de morir, la ideación y los gestos suicidas para la detección del riesgo es tan importante



como el intento mismo, dado que permite una detección y un abordaje precoz y, consecuentemente, presenta una mayor posibilidad de evitar un desenlace fatal (Carmona et al., 2017; Gómez García et al., 2018). A este respecto, el suicidio debe entenderse como un fenómeno complejo que se inicia con la presencia de representaciones, pensamientos y deseos orientados hacia la muerte autoimpuesta hasta llegar al suicidio consumado (Gvion & Apter, 2011).

Diversos estudios, por ejemplo: (González et al., 2015; Gutiérrez et al., 2006; Toro-Tobar et al., 2016; Wilcox et al., 2010) han considerado que la ideación es un factor de riesgo que predice el intento y el suicidio como tales, ya que implica la presencia de pensamientos automáticos de que la vida carece de sentido, fantasías de muerte e ideas autodestructivas, además de pensamientos pasivos sobre querer estar muerto o pensamientos activos de ser protagonista de su propia muerte, hasta llegar a las primeras conductas autolíticas.

En cuanto a los factores de riesgo psicosocial asociados a la conducta suicida, se ha encontrado que los antecedentes de intentos de suicidio en la familia, el consumo abusivo de alcohol (Santos et al., 2017), estrés psicosocial (Restrepo et al., 2018), la homofobia interiorizada (Pinto-Cortez et al., 2018), prácticas parentales disfuncionales, tales como la imposición, el control psicológico y comportamental (Bahamón et al., 2018), la presencia de trastornos mentales, entre ellos, cuadros clínicos de depresión, ansiedad, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (Pinzón-Amado et al., 2013; Siabato & Salamanca, 2015), son considerados predictores importantes del riesgo suicida en población de adolescentes y jóvenes. Así, el estudio realizado por Wilcox et al., (2010) ha mostrado que los jóvenes universitarios se encuentran expuestos a diversos factores de riesgo asociados a entornos y situaciones de estrés psicosocial y académico, ausencia o lejanía de redes de apoyo familiar y social y conflictos familiares que muchas veces resultan en el abandono del hogar. Por tal motivo, la adolescencia y la juventud son etapas de la vida en las cuales hay una mayor vulnerabilidad psicosocial para el riesgo y el intento de suicidio. Para (Blandón et al., 2015) el ingreso a la universidad es un acontecimiento estresante que implica asumir cambios significativos, además de alteraciones en las redes de apoyo, lo



cual podría aumentar el riesgo para que los estudiantes universitarios generen sintomatología clínica. Además, el estrés académico constituye un factor de riesgo psicosocial (Restrepo et al., 2018), siendo todas estas características factores asociados al riesgo suicida y a la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa que, en su conjunto, pueden desencadenar un intento de suicidio. Adicionalmente, factores como la impulsividad, la depresión y la falta de recursos psicológicos para enfrentar con éxito los retos cotidianos juegan también un papel importante en la comprensión del riesgo suicida en jóvenes (Madge et al., 2011; Mortier et al., 2018).

La conducta suicida tiene factores de riesgo psicosocial ante la pobreza, desempleo, humillación, pérdida de seres queridos, ruptura de relaciones amorosas, maltratos, abuso sexual, problemas jurídicos, laborales, la depresión, la esquizofrenia, abuso del consumo de alcohol y estupefacientes, abandono afectivo, desamparo, violencia intrafamiliar, frustraciones, baja autoestima, trastornos metabólicos, deterioro cognitivo, inclusive enfermedades incapacitantes. Tras esto, la depresión puede alterar el sistema inmunológico, aumentar el riesgo de infarto al miocardio y Accidente Cerebro Vascular (ACV) por la liberación de citocina que aumentan la coagulación sanguínea en la persona que la padece. A nivel neurohormonal, en el cerebro de las personas con depresión existen interrupciones sinápticas que disminuyen los neurotransmisores, como la serotonina, dopamina, noradrenalina y melatonina, dependiendo de cuál falta se presentan los síntomas.

Se ha preguntado: ¿Qué hay en la mente y en el área emocional de una persona deprimida?, ¿cuánto dolor lleva sin que los demás podamos entender?, muchas veces nos limitamos a mirar y en otras hasta juzgar, pero, ¿cómo siente?, ¿cómo piensa?, son preguntas sin duda usted también se las ha hecho, y una que debemos hacernos es ¿cómo ayudar? La prevención de estos problemas de salud mental es crucial para mejorar la calidad de vida de las personas y reducir la carga de enfermedades. La Guía de Práctica Clínica del MSP (Ministerio de Salud Pública) del Ecuador (2017) sugiere atención especializada y que debe incluir al menos a un psiquiatra y a un psicólogo, la psicoterapia puede incluir intervención en crisis, técnicas cognitivas-conductuales, terapia



dialéctica conductual, terapia interpersonal, familiar y psicodinámica. El suicidio y la depresión son problemas complejos y multifactoriales, que pueden estar influenciados por una variedad de factores de riesgo y protectores. Algunos de los factores de riesgo más comunes asociados con el suicidio y la depresión incluyen:

- Trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor y el trastorno bipolar.
- Trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- Historia familiar de suicidio o trastornos mentales.
- Abuso de sustancias, incluyendo el alcohol y las drogas ilícitas.
- Experiencias traumáticas, como el abuso físico, sexual o emocional.
- Problemas de salud físicos, crónicos o incapacitantes.
- Estrés laboral o financiero.
- Problemas de relación interpersonal, como la violencia doméstica o el acoso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).
- Por otro lado, algunos factores protectores asociados con la prevención del suicidio y la depresión incluyen:
 - Apoyo social y familiar.
 - Acceso a servicios de salud mental de calidad.
 - Habilidades de afrontamiento efectivo.
 - Sentido de propósito y significado en la vida.
 - Resiliencia emocional.
 - Estabilidad económica y laboral.

Es importante destacar que estos factores de riesgo y protectores no son determinantes del suicidio y la depresión, sino que pueden influir en su aparición y progresión. Por lo tanto, es significativo abordar estos factores en la prevención y tratamiento de estos problemas de salud mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Enfoques de prevención del suicidio y la depresión

Existen varios enfoques de prevención del suicidio y la depresión, que pueden clasificarse en tres categorías principales: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

La prevención primaria se enfoca en prevenir la aparición de los problemas de salud mental, a través de la promoción de la salud y el bienestar, y la reducción de los factores de riesgo asociados. Algunas estrategias de prevención primaria incluyen:

- Promoción de estilos de vida saludable, como una dieta equilibrada, ejercicio regular y sueño adecuado. Promoción de la salud mental a través de la educación y la sensibilización pública.
- Reducción del estigma asociado con los trastornos mentales.
- Implementación de políticas y programas que promueven la salud mental en el lugar de trabajo y en la comunidad.
- Acceso a servicios de atención médica de calidad, incluida la atención de la salud mental (Borges et al., 2010).
- La prevención secundaria se enfoca en detectar temprano los problemas de salud mental para prevenir su progresión. Algunas estrategias de prevención secundaria incluyen:
- Identificación temprana de los síntomas de depresión y otros trastornos mentales a través de la evaluación sistemática de la salud mental.
- Capacitación de profesionales de la salud para detectar y tratar los trastornos mentales.
- Implementación de programas de intervención temprana, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.
- Acceso a servicios de atención de crisis, como líneas de ayuda y servicios de emergencia (Hawton et al., 2013).

La prevención terciaria se enfoca en proporcionar tratamiento y atención a las personas que ya han sido diagnosticadas con problemas de salud mental, con el objetivo de prevenir la recurrencia y la progresión de los síntomas. Algunas estrategias de prevención terciaria incluyen:

- 
-
- Tratamiento farmacológico, como los antidepresivos y los estabilizadores del estado de ánimo.
 - Terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.
 - Apoyo y educación para la recuperación y la prevención de la recurrencia de los síntomas.
 - Acceso a servicios de atención de crisis y apoyo en el hogar.
 - Intervenciones efectivas para la prevención del suicidio y la depresión.

Existen varias emergencias efectivas para la prevención del suicidio y la depresión, que han sido respaldadas por la evidencia científica. Algunas de las intervenciones más efectivas incluyen:

- a. Terapia cognitivo-conductual: Esta terapia se enfoca en cambiar patrones de pensamiento y comportamientos negativos que pueden contribuir a la depresión y el suicidio. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser efectiva en la prevención de la depresión y la reducción de los pensamientos suicidas.
- b. Terapia interpersonal: Esta terapia se enfoca en mejorar las relaciones interpersonales y reducir el estrés asociado con problemas de relación.
- c. Tratamiento farmacológico: Los antidepresivos y los estabilizadores del estado de ánimo pueden ser efectivos en el tratamiento de la depresión y el trastorno bipolar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos medicamentos pueden tener efectos secundarios y deben ser utilizados bajo supervisión médica.
- d. Acceso a servicios de atención de crisis: Las líneas de ayuda y los servicios de emergencia pueden ser útiles para las personas que están experimentando pensamientos suicidas o que necesitan apoyo inmediato.
- e. Terapia de prevención del suicidio: Esta terapia se enfoca específicamente en la prevención del suicidio y la reducción de los pensamientos suicidas. La terapia de prevención del suicidio ha demostrado ser efectiva en la reducción de los intentos de suicidio y la mortalidad por suicidio (Kessler et al., 2005).

Si usted pasa por esta situación, considere que no está sola/a, siempre que hay alguien que se preocupa y para quien usted es muy importante. Recuerde, nuestro cerebro piensa lo que queremos que piense, por ello pensar en otra posibilidad y de otra manera es darse la oportunidad de elegir una forma saludable de vivir aquí y ahora.



3.5. Orfandad emocional

La Real Academia Española, (s.f.) señala que orfandad viene del latino “orphānus” que significa huérfano, de aquí se deriva la palabra orfanato para señalar a las personas que no tienen ni padre ni madre, pero cuando hablamos de orfandad emocional tiene un sentido de comportamiento basado más que en las experiencias actuales, en nuestros primeros años de desarrollo de vida, ya sea de maltrato físico, emocional, psicológico, de abusos, maltrato por negligencia o irónicamente por haber tenido muchos cuidados y sobre protección, y en como lo miremos e interiorizamos las experiencias y como hemos trascendido después de las mismas.

Hay dos tipos de huérfanos. Uno es el de los que, desgraciadamente, han perdido físicamente a sus padres, aun cuando no estén muertos, esta sería una orfandad “técnica”, muy dolorosa, sin embargo, puede repararse a través de adultos significativos y amorosos, la otra es más grave aún y la sufren los chicos cuyos padres no solo están vivos, sino que conviven bajo el mismo techo e incluso los ven diariamente. Chicos que reciben regalos, comodidades y artefactos, pero carecen de lo esencial de la función materna y paterna: presencia física y emocional; reconocimiento de las características como personas; ejemplos; modelos de vida plenos de sentido. Las madres y abuelas solas, las familias reconstruidas y los padres divorciados no generan hijos huérfanos. Al menos, no necesariamente, lo otro, sí (Bertino, 2011).

La presencia de los padres en la vida de un niño es esencial para su desarrollo y para proporcionarle los recursos emocionales y sociales de los que se beneficiará en el futuro. Pero en muchos casos, los padres crían huérfanos emocionales a pesar de que todavía están vivos, incluso con sus padres, estos niños se sienten solos y vacíos, porque pueden carecer de amor, atención, protección o tiempo. Los niños emocionalmente huérfanos se sienten solos, porque no confían en sus padres y carecen de un sentido de pertenencia y seguridad, a menudo llenando ese vacío con personas con las que no se relacionan, como adultos, estas personas pueden desarrollar

ansiedad, angustia irracional, miedo, depresión, soledad y miedo al abandono. También buscan la aprobación de los demás y hacen lo que sea necesario para ser queridos y aceptados por los demás.

Muchas personas se han quedado estancadas, sometidas desde tempranas edades a las carencias y heridas que no sanaron, a los pensamientos o creencias, esto es, a las propias percepciones de su vida y como vivieron y sobrevivieron. Lo que se resalta es que, de quienes recibimos este maltrato o este buen trato, es decir, de nuestros referentes, lo recibimos de manera similar a como ellos lo aprendieron también, por ello lo dieron de esa manera y no de otra, dieron lo que tuvieron para entregar, pues posiblemente eso que dieron para ellos era lo correcto, por el modelo aprendido y reproducido. Se trata de no normalizar el maltrato, y si de mantener el vínculo con ellos, pensar que si cualquier circunstancia rompe este vínculo quedamos en orfandad emocional.

Hay situaciones que se van de las manos, por ejemplo, cuando las familias se separan por muerte, por viaje, por divorcios, por peleas y las personas quedan a la deriva sin este vínculo, sin el afecto, sin el apego familiar y es un empezar de nuevo sin, es una adaptación nueva con vínculos desarmados. Esta ausencia de amor, de diálogo y de buen trato, y esta presencia de agresión, de separación, de abandono, de negligencia, nos transforma, pero insisto, recibimos de ellos lo que nos pudieron dar, pues no aprendieron otra forma y crecimos con resentimientos, con odios, con rencores, con deseos de abandonarlos, al punto que lo hacemos, porque ahora que tenemos control de nuestras vidas podemos echarles en cara su abandono y dejarlos solos, y más aún si están ya viejos, hacerles sentir lo mismo que sentimos cuando éramos niños y decirles que tuvimos padres presentes con atención y cuidado ausente. Frente a esto, los invito a reflexionar sobre esta orfandad emocional, pues considero que algunos ya lo han vivido y lejos de hablar del vacío por ausencia o carencia, hablar más bien de lo que debemos rescatar antes de que el tiempo nos quite la oportunidad. Si el protagonista de mi vida soy yo, si soy capaz de tomar decisiones en mi vida, ¿por qué me detengo frente a esta situación que ya pasó?, que marcó mi infancia, pero que de alguna manera me hacen ser quien soy,



con todas mis virtudes y con todos mis defectos y pensar entonces que no importa lo que los padres nos dieron, sino como yo lo he procesado y he utilizado en mi vida, ¿qué hice con esta herencia?, ¿cuándo fue que me abandoné a mí misma/o por pensar en la carencia y no en la oportunidad?

Las marcas de la infancia no se van a borrar. Es real mi sufrimiento, pero cobrarán vida, en tanto yo les otorgué el poder de recordarme lo “pobre” que fui, lo mucho que sufrí e interrumpirán el paso a la oportunidad de renacer, de cuidar de mi pequeño ser, de mi adolescente ser, de mi adulto ser, sin hacerme responsable de mi propio amor y vivir en función de lo que no tuve. El amor que me debo es como un boleto de viaje, personal e intransferible, por ello debo cuidarlo si quiero conocer otros mundos, otras personas, otras formas de vivir, y que lo que pasó en mi niñez sea la fortaleza y no la debilidad, sea la oportunidad y no la amenaza, solo entonces podré programar el FODA de mi propia vida y asumir por mí, y no exigir a los otros la responsabilidad de cómo yo interiorice mis propias experiencias.

Junto a esto, está el dejar aquí y ahora de culpar a los otros por mis desgracias y dedicarme a entender que nadie da lo que no tiene y de los referentes recibí lo que ellos tuvieron, no aprendieron otra forma, pero yo sí, yo si tuve esta oportunidad, gracias a que con esa orfandad pude entender esa carencia, y al tener esta, comprender que puedo llenarla con solo hacerme cargo de mis propias heridas, sin vivir en función y dependencia de otros.

A continuación, algunos aspectos que señala quien es un huérfano emocional:

1. Aquel que no se siente amado por sus padres.
2. Aquel que creció sin el cuidado afectivo de sus padres, y no tiene identidad parental.
3. Aquel que creció con reclamos constantes de que cuando niño no tuvo lo que merecía, e incluso se sintió incomprendido por los demás.
4. Aquel que tiene miedo al rechazo o al abandono, tornándose vulnerable y termina cediendo espacios por el miedo a perder, sin entender que el abandono mayor, es dejarse solo a sí mismo.



5. Aquel que transfiere la responsabilidad de sus actos a otros, la culpa es siempre de terceros.
6. Aquel que tiene falta de amor propio y no reconoce su propia valía

¿Cómo solventar entonces esta orfandad emocional?

Hay algunos aspectos que pueden ser de ayuda, por ejemplo:

- Aceptar la propia condición y responsabilizarse de sus propios actos.
- Buscar ayuda profesional para sanar heridas y empezar a dar desde el perdón así mismo y a los otros.
- Dejar de reclamar a los otros que no le dieron lo que se merecía, sino lo que pudieron.
- Revisar la propia historia desde la niñez y el significado que se le dio, lo que significó y que significa esta historia en mi actual vida.
- Entender que nuestros padres tuvieron sus propias historias y experiencias y que nos dieron desde las mismas porque no conocieron otras formas, nos relacionamos con ellos por el vínculo y por la relación social, aunque a veces parezca que no por amor.
- Tomar conciencia de mis patrones de conducta y entender que lo que hago no funciona y me daña solo a mí.
- Dejar de criticar a mis padres porque su crianza es diferente a lo que yo quiero, dejar de exigirles demasiado y querer que nos solventen para estar bien, considerar que ellos nos atendieron a su manera, y juzgarlos no cabe, hicieron lo que pudieron y aprendieron hacer.
- Comprender que el amor interrumpido que me dejó en orfandad emocional porque mi madre o padre infantil no resolvieron sus propias pérdidas, no ha de continuar provocando carencia en mí.
- Dejar de quejarme y hacerme cargo de mis cosas, dejar de culpar a otros, generar mis propios recursos, amarme a mí mismo/a.
- Dejar de creer que debemos cedernos, incluso a nosotros mismos, para obtener el amor del otro, me entrego y amo por los dos, así él o ella estará mi lado, ésta es una mala creencia de la bondad.

La falta de reconocimiento y la falta de amor de mis padres hará que tenga miedo para alcanzar mis objetivos. Me frustro y recreo cuando grande, frente a objetivos, por amor interrumpido, algo me dice que no lo lograré, el patrón de desconfianza impide el logro, el éxito por mi memoria reproducida. Pero hay que rendirse y dejar el resentimiento, la rabia, soltar y perdonar, desaprender lo pasado y aprender lo actual, mirar con ternura las canas que nos hablan de sabiduría y experiencia y, ayudarlos a terminar su etapa con seguridad y a trascender su soledad, dejar que vayan en paz.

*Es hora de perdonar antes de
que el otoño llegue a nuestras
vidas y entendamos muy tarde,
que también dimos lo que
aprendimos.*





“Tener es Importante, Ser es Fundamental”

(Marcillo, 2013)

REFERENCIAS

Ackerley, R., Backlund Wasling, H., Liljencrantz, J., Olausson, H., Johnson, R. D., & Wessberg, J. (2014). Human C-Tactile Afferents Are Tuned to the Temperature of a Skin-Stroking Caress. *The Journal of Neuroscience*, 34(8), 2879–2883. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2847-13.2014>

Ackerley, R., & Kavounoudias, A. (2020). The role of touch in neuroplasticity. In *Touch and the Somatosensory System*. Springer, Cham., 259–276.

Adams, G. C., Wrath, A. J., Mondal, P., & Asmundson, G. J. G. (2018). Depression with or without comorbid social anxiety: Is attachment the culprit? *Psychiatry Research*, 269, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.037>

Adedeji, A., Silva, N., & Bullinger, M. (2021). Cognitive and Structural Social Capital as Predictors of Quality of Life for Sub-Saharan African Migrants in Germany. *Applied Research in Quality of Life*, 16(3), 1003–1017. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09784-3>

Aiken, L., & West, S. (1991). *Regresión múltiple: prueba e interpretación de interacciones*. Sage: Newbury, CA, EE. UU.

Alcántara, E. (2013). Identidad sexual/rol de género. *Debate feminista*, 47, 172–201.

Alexander, R., Aragón, O. R., Bookwala, J., Cherbuin, N., Gatt, J. M., Kahrilas, I. J., Kästner, N., Lawrence, A., Lowe, L., Morrison, R. G., Mueller, S. C., Nusslock, R., Papadelis, C., Polnaszek, K. L., Helene Richter, S., Silton, R. L., & Styliadis, C. (2021). The neuroscience of positive emotions and affect: Implications for cultivating happiness and wellbeing. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 121, 220–249. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.002>

Almeida, A. (2013). Las ideas del amor de R.J. Sternberg: La teoría triangular y la teoría narrativa del amor. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 46, 57–86.



Alzheimer Asociación. (2020). Datos y cifras de la enfermedad de Alzheimer de 2020. *Alzheimer y Demencia*, 16, 32–44.

Amarista Félix José. (2008). La violencia. *Gac Méd Caracas*, 11(4).
American Psychological Association. (2020a). Anger: How it affects people and how to manage it.

American Psychological Association. (2020b). Cognitive-behavioral therapy.

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Washington, DC.

Andrews, N. E., Meredith, P. J., & Strong, J. (2011). Adult attachment and reports of pain in experimentally-induced pain. *European Journal of Pain*, 15(5), 523–530. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.10.004>

Archer, J. (2006). Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(3), 319–345. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.12.007>

Aristoteles. (1873). *Ética a Nicómaco* (P. de Azcárate, Trans.). San José: Imprenta Nacional. (Trabajo original publicado en 384-322 a. J. C)

Aron, A., & Westbay, L. (1996). Dimensiones del prototipo del amor. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 70, 535–551.

Asociación Americana de Psicología. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Washington, DC: Autor.
Averill JR, More TA, Lewis M, & Haviland JM. (1993). Manual de emociones. The Guilford Press, 617–629.



Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de muerte. *Medicina Paliativa*, 6, 169–180.

Bach, D., & Dayan, P. (2017). Algoritmos para la supervivencia: una perspectiva comparativa de las emociones. *Nat. Rev. Neurosci*, 18, 311–219.

Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos, A. M., Reyes, L., Uribe, J., & García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21, 50–61.

Balanta Mera, R. D., & Obispo Salazar, K. (2022). Representaciones sociales de la identidad y los roles de género en adolescentes de una escuela secundaria de México. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 39(2). <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.10>

Balkin, J. M. (2019). Free speech in the algorithmic society. *Yale Law Journal*, 128(2), 1780–1790. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3101-9>

Bandura, A., & Rivièrè, Á. (1982). Teoría del aprendizaje social.

Barreto, P., De la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2013). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2–3). https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902

Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5–33. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.1.5>

Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 85–95. <https://doi.org/10.33898/rdp.v22i88.636>

Bermejo, J. C., M. M., V. M., C. R. y S. I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 85–95.



Berndt, T. J. (2004). Children's Friendships: Shifts Over a Half-Century in Perspectives on Their Development and Their Effects. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 206–223. <https://doi.org/10.1353/mpq.2004.0014>

Bertino, R. (2011, April 5). Hay una epidemia de orfandad paterna. *La Voz Del Interior* Retrieved From.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 796–805. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0101-z>

Blandón, O. M., Carmona, J. A., Mendoza, M. Z., & Medina, O. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19, 469–478.

Blasco, R. (2017, January 31). Relaciones tóxicas de pareja. [Http://Psicologo-Especialista-Barcelona.Com/Blog/Relaciones-Toxicas-Pareja/](http://Psicologo-Especialista-Barcelona.Com/Blog/Relaciones-Toxicas-Pareja/).

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20–28.

Borges, G., Nock, M., Haro Abad, J., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., & Kessler, R. (2010). Doce meses de prevalencia y factores de riesgo de intentos de suicidio en las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 71, 1617–1628.

Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación*, 2(2), 50–63.

Bosch, MJ. (2009). La danza de las emociones. Ed. EDAF. SL. Madrid, 131.

Bowlby J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317–340.



Branden, N. (1992). Los seis pilares de la autoestima. (Vol. 1).

Bronfenbrenner U. (1979). La ecología del desarrollo humano: Experimentos por naturaleza y diseño . Prensa de La Universidad de Harvard.

Brown, L. , L., Fisher, H. E., Aron, A., & Acevedo, V. (2012). Neural correlates of long-term intense romantic love. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 145–159.

Buber, M. (1993). Yo y tú. Madrid: Caparrós Editores.

Bucchioni, G., Lelard, T., Ahmaidi, S., Godefroy, O., Krystkowiak, P., & Mouras, H. (2015). Do We Feel the Same Empathy for Loved and Hated Peers? *PLOS ONE*, 10(5), e0125871. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125871>

(Bud) Craig, A. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, 13(4), 500–505. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(03\)00090-4](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(03)00090-4)

Burnette, J., Pollack, J., Forsyth, R., Hoyt, C., Babij, A., Tomás, F., & Coy, A. (2020). Una intervención de mentalidad de crecimiento: Mejorar la autoeficacia empresarial y el desarrollo profesional de los estudiantes. *Entrep. Teoría Practica.*, 44, 878–908.

Cacioppo JT, & Cacioppo S. (2018). El creciente problema de la soledad. *Lancet*, 391(10119), 426.

Cacioppo S., Grippo AJ, Londres S, Goossens L, & Cacioppo JT. (2015). Soledad: importancia clínica e intervenciones. *Perspectiva. Psicol. Ciencia*, 10, 238–249.

Cacioppo JT, & Hawkley LC. (2009). Aislamiento social percibido y cognición. *Cognición de Tendencias. Ciencia*, 13, 447–454.



Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, & Thisted RA. (2006). La soledad como factor de riesgo específico para síntomas depresivos: análisis transversales y longitudinales. *Psicol. Envejecimiento*, 21, 140–151.

Calvete, E., & de Arroyabe, E. L. (2012). Depression and grief in Spanish family caregivers of people with traumatic brain injury: The roles of social support and coping. *Brain Injury*, 26(6), 834–843. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.655363>

Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A., & Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 13(2-3), 215-227.

Camus, A. (1954). *El verano*. Sur.

Cao, R., Mei, S., Liang, L., Li, C., & Zhang, Y. (2023a). Relación entre la gratitud y la adicción a Internet entre estudiantes universitarios: el papel mediador de la autoevaluación central y el significado de la vida. *Psicol. Desarrollo Educ.*, 39, 286–294.

Cao, R., Mei, S., Liang, L., Li, C., & Zhang, Y. (2023b). Relación entre la gratitud y la adicción a Internet entre estudiantes universitarios: el papel mediador de la autoevaluación central y el significado de la vida. *Psicol. Desarrollo Educ.*, 39, 286–294.

Carmona, J. A., Carmona, D. E., Maldonado, N., Rivera, C., Fernández, O. L., Cañón, S. C., Alvarado, S. V., Jaramillo, J. C., Narváez, M., Fandiño, D. C., Vélez, D., & Velásquez, H. C. (2017). El suicidio y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios de Colombia y Puerto Rico: acciones, interacciones y significaciones. Manizales: Editorial Universidad de Manizales.

Chang, X., Jiang, X., Mkandarwire, T., & Shen, M. (2019). Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18–59 years. *PLOS ONE*, 14(2), e0211850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211850>



Chapman, G. (2015). *Caricias: El lenguaje del amor*. Ediciones B, 1.

Cohen-Mansfield J, & Eisner, R. (2020). Los significados de la soledad para las personas mayores . *Envejecimiento y Salud Mental* , 24, 564–574.

Conradi, H. J., & de Jonge, P. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 116(1–2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.027>

Cooper, H. ; Brar, A., Beyaztas, H., Jennings, BJ., & Bennetts, R. (2022). Los efectos de los revestimientos faciales, los sesgos de origen étnico propio y las actitudes en el reconocimiento de emociones. *Cog. Res. Príncipe Implícito.*, 7–57.

Coyle CE, & Dugan E. (2012). Aislamiento social, soledad y salud entre los adultos mayores. *J. Aging Health*, 24, 146–1363.

Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>

Crum, A., Akinola, M., Martín, A., & Fath, S. (2017). El papel de la mentalidad de estrés en la formación de respuestas cognitivas, emocionales y fisiológicas al estrés desafiante y amenazante. *Ansiedad Estrés Afrontamiento*, 30, 379–395.

Danneel S, Nelemans S, Spithoven A, Bastin M, Bijttebier P, Colpin H, van den Noortgate W, van Leeuwen K, Verschueren K, & Goossens L. (2019). Problemas de internalización en la adolescencia: vinculación de la soledad, los síntomas de ansiedad social y los síntomas depresivos a lo largo del tiempo. *J. Anormal. Psicología Infantil.*, 47, 1691–1705.

Darling Rasmussen, P., Storebø, O. J., Løkkeholt, T., Voss, L. G., Shmueli-Goetz, Y., Bojesen, A. B., Simonsen, E., & Bilenberg, N. (2019). Attachment as a Core Feature of Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Reports*, 122(4), 1259–1296. <https://doi.org/10.1177/0033294118785577>



David, N., Newen, A., & Vogeley, K. (2008). The “sense of agency” and its underlying cognitive and neural mechanisms. *Consciousness and Cognition*, 17(2), 523–534. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.03.004>

del Barrio Gándara, V., & Bianchi, C. J. (2005). El duelo.

De Goede IHA, Branje SJT, & Meeus WHJ. (2009). Ambios en el desarrollo y diferencias de género en las percepciones de los adolescentes sobre las amistades. *Diario de La Adolescencia*, 32, 1105–1112.

de Jong Gierveld J. (1998). Una revisión de la soledad: concepto y definiciones, determinantes y consecuencias. *Reverendo Clin. Gerontol.*, 8, 73–80.

Della Longa, L., Filippetti, M. L., Dragovic, D., & Farroni, T. (2020). Synchrony of Caresses: Does Affective Touch Help Infants to Detect Body-Related Visual-Tactile Synchrony? *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02944>

Dennis, C. H., Clohessy, D. S., Stone, A. L., Darnall, B. D., & Wilson, A. C. (2019). Adverse Childhood Experiences in Mothers With Chronic Pain and Intergenerational Impact on Children. *The Journal of Pain*, 20(10), 1209–1217. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.04.004>

Diehl K, Jansen C, Ishchanova K, & Hilger-Kolb J. (2018). La soledad en las universidades: determinantes de la soledad emocional y social entre los estudiantes. En t. J. Medio Ambiente. *Res. Salud Pública*, 15, 1865–1878.

Ditzen, B. (2020). Touch and social support in times of social distancing. *Current Opinion in Psychology*, 33, 59–63.

Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, Ayuso-Mateos JL, Mundó J, & Haro JM. (2017). Soledad y depresión en el anciano: el papel de la red soci. *Soc. Psiquiatría Psiquiatría. Epidemiol.*, 52, 381–390.



Dozois, D. J. A., & Frewen, P. A. (2006). Specificity of cognitive structure in depression and social phobia: A comparison of interpersonal and achievement content. *Journal of Affective Disorders*, 90(2–3), 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.09.008>

Dunbar, E. (2021). Editorial Paidós. Amigos. El poder de nuestras relaciones más importantes. Barcelona-España.

Dweck, C. (2016). Lo que realmente significa tener una “mentalidad de crecimiento.” *Harv. Autobús. Rev.*, 13, 2–5.

Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A., & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - Population Health*, 8, 100425. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>

Elvira de la Morena, M. J. y C. J. A. (2013). Caregivers of patients with disorders of consciousness: coping and prolonged grief. *Acta Neurologica Scandinavica*, 127, 413–418.

Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. International Universities Press.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.

Fernández-Liporace, M., & Casullo, M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1, 9–22.

Ferreti, V. (2017). Comprender a los demás: reconocimiento de emociones en humanos y otros animales. *Genes Brain Behav.*, 18, e12544.

Field, T. (2010). *El poder de la caricia: Cómo el contacto físico puede curar cuerpos, mentes y almas*. Ediciones Paidós, 1.

FitzGerald, A., Kwiatkowski, K., Singer, V., & Smit, S. (2020). Una crisis económica instantánea: ¿Qué tan profunda y por cuánto tiempo? *Mc Kinsey & Company*.





Fredrickson, B. (2004). La teoría de ampliar y construir de las emociones positivas. *Filosofía Trans. R. Soc. Londres. Ser. B Biol. Ciencia*, 359, 1367–1377.

Freud S. (1957). Mourning and melancholia. En: *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*.

Funes, J. (2009). Quiéreme cuando menos me lo merezca, porque es cuando más lo necesito. Ediciones B.

Furlán, A., Saucedo, C., & Lara, B. (2004). Miradas diversas sobre la disciplina y la violencia en centros escolares. Depto de Psicología Básica-CUCS-UdeG/Dpto. de Psicopedagogía-SEJ.

Fuster Pérez, J. (16 de noviembre de 2014). Joaquín Fuster: 'La felicidad se basa en una buena salud, mucho dinero y una mala memoria'. (J. Sardá, Entrevistador)

Gala, F. J., Lupiani, M., & DÍAZ, M. (1991). Sobre las concepciones de la muerte. *ROL*, 159, 63–66.

Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14–21. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(99\)01417-5](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01417-5)

García Márquez, G. (1985). 100 años de soledad.

García, S. (8 de Noviembre de 2016). Cultura Inquieta. Obtenido de 'Cuando me amé de verdad', leído por Charles Chaplin: <https://culturainquieta.com/es/inspiring/item/10987-cuando-me-ame-de-verdad-por-charles-chaplin.html>

Garza, I. (2010). Neurobiología del amor. *El Residente*, 5, 6–8.

George, L. S., & Park, C. L. (2017). The Multidimensional Existential Meaning Scale: A tripartite approach to measuring meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 613–627. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209546>



Ghirardi, L., Kuja-Halkola, R., Pettersson, E., Sariaslan, A., Arseneault, L., Fazel, S., D'Onofrio, B. M., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2023). Neurodevelopmental disorders and subsequent risk of violent victimization: exploring sex differences and mechanisms. *Psychological Medicine*, 53(4), 1510–1517. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003093>

Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M., & Inder, K. (2017). Significado en la vida y significado de la vida en el cuidado de la salud mental: una revisión integradora de la literatura. *Cuestiones Mención. Enfermería de La Salud*, 38, 243–252.

Goleman, D. (2008). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.

Gómez, A. S. (2018). Factores de riesgo y predictores de la conducta suicida en estudiantes Universitarios. En K. T, Quintero Acosta (dirs.). *Encuentro Nacional de Investigación* (Universidad Católica Luis Amigó). Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó.

Gómez García, S. L., Hinojosa Dueñas, G. A., & Ferreiro, G. L. (2018). Avances y experiencias del cooperativismo como tendencia: El caso de Ecuador. *Cofin Habana*, 12(2), 254–267.

GÓMEZ, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Ed Arán. Madrid.

Gómez Velasco, C. (09 de marzo de 2021). INESEM. Obtenido de Tríada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso sobre la depresión.: <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/#:~:text=Esta%20se%20encuentra%20compuesta%20por,negativos%20sobre%20el%20futuro%20pr%C3%B3ximo.>

González, C., Juárez, C. E., Montejo, L. A., Oseguera, G., Wagner, F. A., & Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25, 29–34.







Goosby BJ, Bellatorre A, Walsemann KM, & Cheadle JE. (2013). Soledad adolescente y salud en la adultez temprana. *Sociol. Consulta*, 83, 505–536.

Greenberg, L., & Paivio, M. (2000). *Psicoterapia de trastornos emocionales*. Buenos Aires: Paídos.

Grierson, A. B., Hickie, I. B., Naismith, S. L., & Scott, J. (2016). The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological Medicine*, 46(12), 2467–2484. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001392>

Grunwald, M., & Kecklund, G. (2020). How to deal with the loneliness epidemic. *Nature*, 585(7826), 169–171.

Gui, B. , & Stanca, L. (2010). Felicidad y bienes relacionales: Bienestar y relaciones interpersonales en el ámbito económico. *Rev. Econ.* , 57, 105–118.

Gutiérrez, A., Contreras, C. M., & Orozco, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, 66–74.

Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15, 93–112.

Halama, P., & Dedova, M. (2007). Significado en la vida y esperanza como predictores de salud mental positiva: ¿Explican la varianza residual no predicha por los rasgos de personalidad? *Semental. Psicol.*, 49, 191–200.

Harkness, K. L., Lumley, M. N., & Truss, A. E. (2008). Stress Generation in Adolescent Depression: The Moderating Role of Child Abuse and Neglect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 421–432. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9188-2>

Hartup, W. W. (1996). The company they keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67, 1–13.



Hawton, K., Casañas y Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Factores de riesgo de suicidio en personas con depresión: una revisión sistemática. *Revista de Trastornos Afectivos*, 147, 17–28.

Heidegger, M. (1998). *Ser y Tiempo*. Santiago de Chile: Universitaria.
Heine, S. J., Proulx, T., & Vohs, K. D. (2006). The Meaning Maintenance Model: On the Coherence of Social Motivations. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 88–110. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1002_1

Heinzel, A., & Northoff, G. (2009). Emotional feeling and the orbitomedial prefrontal cortex: Theoretical and empirical considerations. *Philosophical Psychology*, 22(4), 443–464. <https://doi.org/10.1080/09515080903153592>

Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Herreros, A. C. (2011). *Cuentos populares de la madre muerte*. Madrid: Ediciones Siruela.

Hoffmann, R., Kröger, H., & Pakpahan, E. (2018). Pathways between socioeconomic status and health: Does health selection or social causation dominate in Europe? *Advances in Life Course Research*, 36, 23–36. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2018.02.002>

Horne, C. M., Marr-Phillips, S. D. M., Jawaid, R., Gibson, E. L., & Norbury, R. (2017). Negative emotional biases in late chronotypes. *Biological Rhythm Research*, 48(1), 151–155. <https://doi.org/10.1080/09291016.2016.1236461>

Hornstein, L. (1996). Autoestima e identidad. *Narcisismo y valores sociales*. . Autoestima e Identidad.

Howarth, R. A. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of Mental Health Counseling*, 53, 4–10.

Hruschka DJ. (2010). *Amistad: Desarrollo, ecología y evolución de una*



relación . Prensa de La Universidad de California.

Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between Emotion Regulation and Mental Health: A Meta-Analysis Review. *Psychological Reports*, 114(2), 341–362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Hurrelmann, K. (1990). Causas, prevención y control de la violencia. Análisis y sugerencias de la Comisión Gubernamental Independiente Para la Prevención y Lucha Contra la Violencia. Berlin, Alemania: Duncker & Humblot, 365–379.

Iam, M. (2008). Te amo... ¿Para siempre? como lograr mantener o rescatar el amor. Editorial Atria Books.

James, W. (1950). *The Principles of Psychology*. Dover Publications.

Javier Romeo Biedma, F., Miranda Loría, L., Menoni, C., Olivares, K., & Losoviz Patricia Sainz, V. (2019). Responsables del contenido Elaboración de contenido Coordinación, edición y revisión Diseño y diagramación Proceso de desarrollo aprobado por.

Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Immunological consequences of acute and chronic stressors: Mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medical Psychology*, 61(1), 77–85. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02766.x>

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Distribuciones de prevalencia de por vida y edad de inicio de los trastornos del DSM-IV en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad . . Archivos de Psiquiatría General.



Kierkegaard S. (1980). *El concepto de ansiedad: una simple deliberación de orientación psicológica sobre la cuestión dogmática del pecado hereditario*. Prensa de La Universidad de Princeton.

Kneeland, E. T., Nolen-Hoeksema, S., Dovidio, J. F., & Gruber, J. (2016). Beliefs about emotion's malleability influence state emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 40(5), 740–749. <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9566-6>

Korkiamäki, R. (2016). ¿La amistad como potencial? El reconocimiento de las relaciones entre pares de los adolescentes en la escuela. *Abierta J. Soc. Ciencia*, 9, 34–43.

Krishnamurti, J. (26 de febrero de 1974). Décimo cuarto diálogo con el Dr. Allan W. Anderson. (A. Anderson, Entrevistador)

Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan, 1969.

Lamm, C., & Singer, T. (2010). The role of anterior insular cortex in social emotions. *Brain Structure and Function*, 214, 579–591.

Largo, N. J., Largo, J., & Whitson, S. (2009). *El Angry Smile: La psicología del comportamiento pasivo-agresivo en familias, escuelas y lugares de trabajo*. Pro-Ed Inc.: Austin, TX, EE. UU.

Laursen BP, & Collins WA. (2012). *Vías de relación: desde la adolescencia hasta la adultez temprana*. SABIO.

Lazarus, R. y F. S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lemieux, R., & Hale, J. (2000). Intimidad, pasión y compromiso entre personas casadas: nuevas pruebas de la teoría triangular del amor. *Informes Psicológicos*, 87, 941–948.





Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576–600. <https://doi.org/10.1037/a0019712>

Lightsey, O. Jr., & Sweeney, J. (2008). Significado en la vida, afrontamiento orientado a las emociones, autoeficacia generalizada y cohesión familiar como predictores de satisfacción familiar entre madres de niños con discapacidades. *Fam. J.*, 16, 212–221.

Lim, Y.-O., & Suh, K.-H. (2022). Development and Validation of a Measure of Passive Aggression Traits: The Passive Aggression Scale (PAS). *Behavioral Sciences*, 12(8), 273. <https://doi.org/10.3390/bs12080273>

Lindemann E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.

Liu, S., Sol, Y., & Du, X. (2020). Apoyo Social y Satisfacción con la Vida de las Personas Mayores: El Rol Mediador del Sentido de la Vida y la Salud Física y Mental. *Mentón. J. Clin. Psicol.*, 28, 1265–1269.

Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C., & Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66, 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.023>

Löken, L. S., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., & Olausson, H. (2009). Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans. *Nature Neuroscience*, 12(5), 547–548. <https://doi.org/10.1038/nn.2312>

Lui BS, & Torre KS. (2013). Soledad emocional y social en la vejez: asociaciones con intercambios sociales positivos versus negativos. *J. Soc. Pers. Relativo*, 30, 813–832.

Lynch Gloria, & Oddone María Julieta. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40).



Machargo Salvador, J. (2006). Formación y desarrollo de la identidad sexual en la infancia y en la adolescencia.

Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., Fekete, S., Van Heeringen, K., Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 499–508.

Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>

Marta-Lazo, C., & Gabelas-Barroso, J. A. (2013). Hábitos de consumo televisivo de ficción entre los universitarios que estudian Comunicación. *Revista de Comunicación de La SEECI*, 14–33. <https://doi.org/10.15198/seeci.2013.31.14-33>

Martson, P., Hecht, M., Manke, M., McDaniel, S., & Reeder, H. (1998). La experiencia subjetiva de intimidad, pasión y compromiso en las relaciones amorosas heterosexuales. *Relaciones Personales*, 5, 15–30.

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 219–266.

Mason, M., Arukumar, P., & Feinglass, J. (2021). The Pandemic Stay-at-Home Order and Opioid-Involved Overdose Fatalities. *JAMA*, 325(24), 2495–2496. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6700>

Máster Biblioteca Práctica de Comunicación. (2002). El desarrollo de la autoestima (A. M. B. Comunicación, Ed.). OCEANO.

Masuda, M. (2003). Metanálisis de escalas de amor: ¿Varias escalas de amor miden la misma construcción psicológica? *Investigación Psicológica Japonesa*, 45, 25–37.

Matthews T, Danese A, Wertz J, Odgers CL, Ambler A, Moffitt T, &



Arseneault L. (2016). Aislamiento social, soledad y depresión en la edad adulta joven: un análisis genético conductual. *Soc. Psiquiatría Psiquiatría. Epidemiol.*, 51, 339–348.

Maturana, H. (1990). Emociones y lenguaje en educación y política. *Pedagógicas Chilenas S. A.*

Mazadiego, T. D. J., & Garcés, J. R. N. (2011). El amor medido por la Escala Triangular de Sternberg. *Psicolatina*, 22, 1–10.

Mazzetti Latini, C. (2017). Nombrar la muerte. Aproximaciones a lo indecible. *Andamios*, 14(33), 45-76.

McCraty, R. , Atkinson, M. , & Tomasino, D. (2003). Science of the heart: Exploring the role of the heart in human performance. HeartMath Research Center.

McGavin, B., & Cornell, A. W. (2008). Treasure Maps to the Soul. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 21, 41–60.

Mckay, M., & Fanning, P. (1999). Autoestima. Evaluación y Mejora. Madrid: Ediciones Martínez Roca. .

Meeuws W. (2017). “Adolescent psychosocial development: A review of longitudinal models and research,” Correction to Meeus (2016). *Developmental Psychology*, 53(3), 580–580. <https://doi.org/10.1037/dev0000313>

Mejía Rivera, O. (2008). La muerte y sus símbolos. Medellín: Otraparte
Miller, T. R., Waehrer, G. M., Oh, D. L., Purewal Boparai, S., Ohlsson Walker, S., Silverio Marques, S., & Burke Harris, N. (2020). Adult health burden and costs in California during 2013 associated with prior adverse childhood experiences. *PLOS ONE*, 15(1), e0228019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228019>



Molina, M., ; Baldares; Thelma, & Maya, A. (1996). Fortalezcamos la autoestima y las relaciones interpersonales. San José: Impresos Sibaja. .
Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2007). Empathy and judging other's pain: an fMRI study of alexithymia. *Cerebral Cortex* (New York, N.Y. : 1991), 17(9), 2223–2234. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhl130>

Morin, E., & Ruíz, J. L. S. (2005). Con Edgar Morin, por un pensamiento complejo (Vol. 22). Ediciones AKAL.

Morrison, I., Löken, L. S., & Olausson, H. (2010). The skin as a social organ. *Experimental Brain Research*, 204(3), 305–314. <https://doi.org/10.1007/s00221-009-2007-y>

Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Ebert, D., Greif, J., Hasking, P., Nock, M. K., O'Neill, S., Pinder, S. A., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Bruffaerts, R., & Kessler, R. C. (2018). Suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: results from the WMH-ICS project. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57, 263–273.

Programa SAT Uruguay. (18 de junio de 2019). Claudio Naranjo La sed de amores una de las grandes causas del sufrimiento en el mundo [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=tpHNMrIWCWg>

Nietzsche F. (1986). El crepúsculo de los ídolos. México: Editores Mexicanos Unidos.

Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2017). The Role of Environmental Factors in the Aetiology of Social Anxiety Disorder: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change*, 34(2), 76–97. <https://doi.org/10.1017/bec.2017.7>

Novais, M., Henriques, T., Vidal-Alves, M. J., & Magalhães, T. (2021). When Problems Only Get Bigger: The Impact of Adverse Childhood Experience on Adult Health. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.693420>



Nusslock, R., & Miller, G. E. (2016). Early-Life Adversity and Physical and Emotional Health Across the Lifespan: A Neuroimmune Network Hypothesis. *Biological Psychiatry*, 80(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.05.017>

Olausson, H., Lamarre, Y., Backlund, H., Morin, C., Wallin, B. G., Starck, G., Ekholm, S., Strigo, I., Worsley, K., Vallbo, Å. B., & Bushnell, M. C. (2002). Unmyelinated tactile afferents signal touch and project to insular cortex. *Nature Neuroscience*, 5(9), 900–904. <https://doi.org/10.1038/nn896>

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (19-22 de mayo de 2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS) En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Guatemala.

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Pantano, A., Kozak, M., & Ambady, N. (2007). La identificación precisa de las expresiones faciales de miedo predice el comportamiento prosocial. *Emoción*, 7, 239–251.

Parise, C. V., & Ernst, M. O. (2016). Correlation detection as a general mechanism for multisensory integration. *Nature Communications*, 7(1), 11543. <https://doi.org/10.1038/ncomms11543>

Parkes, C. M. (1993). Bereavement. Eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford: Oxford University Press.

Penalva López Antonia. (2018). FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LAS CONDUCTAS VIOLENTAS. III Congreso Internacional Virtual Sobre La Educación En El Siglo XXI, 41–59.



Perlman D, & Peplau LA. (1981). Hacia una psicología social de la soledad (Academic Press, Vol. 3). Relaciones personales: 3. Relaciones en desorden.

Petrovič, F., Murgaš, F., & Králik, R. (2021). Happiness in Czechia during the COVID-19 Pandemic. *Sustainability*, 13(19), 10826. <https://doi.org/10.3390/su131910826>

Phillips, L. J., Francey, S. M., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(4), 371–410. <https://doi.org/10.1080/10615800902811065>

Phinney, J. S. (1992). The Multigroup Ethnic Identity Measure. *Journal of Adolescent Research*, 7(2), 156–176. <https://doi.org/10.1177/074355489272003>

Pinto-Cortez, C., Fuentes, O., Quijada, M. A., Salazar, C., Guerra Vio, C., & San Román-Rodríguez, R. (2018). Malestar psicológico como mediador entre la homofobia interiorizada y riesgo suicida en hombres chilenos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26, 529–546.

Pinzón-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C., & Pinzón, J. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 47–55.

Mario Alonso Puig - Oficial. (22 de septiembre de 2021). El proceso de duelo | Mario Alonso Puig [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=BaiAP7NI2e0&t=20s>

Potegal, M., & Nordman, J. C. (2023). Non-angry aggressive arousal and angriffsberietschaft: A narrative review of the phenomenology and physiology of proactive/offensive aggression motivation and escalation in people and other animals. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 147, 105110. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105110>



Pro, G., Camplain, R., de Heer, B., Chief, C., & Teufel-Shone, N. (2020). A National Epidemiologic Profile of Physical Intimate

Partner Violence, Adverse Childhood Experiences, and Supportive Childhood Relationships: Group Differences in Predicted Trends and Associations. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 7(4), 660–670. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00696-4>

Proctor C, Linley PA, & Maltby J. (2017). Satisfacción con la vida. *Enciclopedia de La Adolescencia*, 1–12.

Pyszczyński, T., Lockett, M., Greenberg, J., & Solomon, S. (2021). Terror Management Theory and the COVID-19 Pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(2), 173–189. <https://doi.org/10.1177/0022167820959488>

Radloff L. (1997). La escala CES-D: una escala de autoinforme de depresión para investigación en población general. *Aplicación Psicol. Medida*, 1, 385–401.

Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).

Restrepo, J. E., Sánchez, O. A., Vallejo, G., Quirama, T., Sánchez, Y. O., & Cardona, P. D. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18, 227–239.

Rice, Philip. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall. .

Riedl, D., Beck, T., Exenberger, S., Daniels, J., Dejaco, D., Unterberger, I., & Lampe, A. (2019). Violence from childhood to adulthood: The influence of child victimization and domestic violence on physical health in later life. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.019>



Riso, W. (2010). Manual para no morir de amor (Ed. Grupo editorial Norma, Ed.; 1º ed).

Risso, W. (2004). ¿Amar o depender? B. Barcelona: Granica.

Riva, G. (2018). The neuroscience of body memory: From the self through the space to the others. *Cortex*, 104, 241–260. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2017.07.013>

Roa García Ana. (2013). LA EDUCACIÓN EMOCIONAL, EL AUTOCONCEPTO, LA AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA EN LA INFANCIA. *EDETANIA*, 44, 241–257.

Rodríguez Marín, J. (1996). *Psicología Social de la Salud*. Madrid, España: Síntesis Psicología.

Rogers, C. (2000). Person-centred therapy. Six key approaches to counselling and therapy, 1, 98-105.

Rokeach, M. (1973). *La naturaleza de los valores humanos*. Bombay: Prensa Gratuita.

Rosenberg, M. (1965a). Rosenberg self-esteem scale. *Journal of Religion and Health*.

Rosenberg, M. (1965b). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Rubín, Z. (1970). Medida del amor romántico. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 16, 265–273.

Ruby, P., & Decety, J. (2001). Effect of subjective perspective taking during simulation of action: a PET investigation of agency. *Nature Neuroscience*, 4(5), 546–550. <https://doi.org/10.1038/87510>

Ruby, P., & Decety, J. (2003). What you believe versus what you think they believe: a neuroimaging study of conceptual perspective-taking. *The European Journal of Neuroscience*, 17(11),





2475–2480. <https://doi.org/10.1046/j.1460-9568.2003.02673.x>

Ryan, R., & Patrick, H. (2009). Teoría de la autodeterminación y física. *Infierno. J. Psychol.*, 6, 107–124.

Ryff, C. (1989). La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 57, 1069.

Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K., & Hernandez, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 531–547. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.007>

Sahni, S., Talwar, A., Khanijo, S., & Talwar, A. (2017). Socioeconomic Status and Its Relationship to Chronic Respiratory Disease. *Advances in Respiratory Medicine*, 85(2), 97–108. <https://doi.org/10.5603/ARM.2017.0016>

Santini ZI, José PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Madsen KR, & Koushede V. (2020). Desconexión social, aislamiento percibido y síntomas de depresión y ansiedad entre los estadounidenses mayores (NSHAP): un análisis de mediación longitudinal. *Lancet Public Health*, 5, 62–70.

Santos, H. G. B., Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & Paulo, P. M. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25(e2878).

Sartre J. (1993). *El ser y la nada: un ensayo fenomenológico sobre ontología*. Prensa de Washington Square.

Sartre, J. Paul. (1961). “El saber y la nada” (Vol. 1). Editorial Iberoamericana.



Saturno, L. M. D. (2014). “La crisis del vacío existencial” desde la depresión hacia la liberación. una forma de expresión de la violencia social estructural, destructiva y aniquilante. *Revista De Psicología GEPU*, 5, 180–195.

Schimmel, J. (2023). “El desarrollo como felicidad: la percepción subjetiva de la felicidad y el análisis del PNUD sobre la pobreza, la riqueza y el desarrollo” en *La exploración de la felicidad* . Eedición A. Delle Fave (Londres: Springer).

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2010). The scientific study of happiness and health promotion: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 472–479. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300025>

Serrano Martinez Gonzalo, & Carreño Fernandez Mercedes. (1993). Teoría triangular del amor. *Phicothema*, 151–167.

Shigihara, Y., & Zeki, S. (2014). Parallel processing in the brain’s visual form system: an fMRI study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00506>

Shonkoff JP, Boyce WT, & Levitt P. (2021). Aprovechar la biología de la adversidad y la resiliencia para transformar la práctica pediátrica. *Pediatría* , 147(e20193845.).

Siabato, E., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 9, 71–81.

Slaughter, V., & Brownell, C. (2012). *Estudios de Cambridge en Desarrollo Cognitivo y Perceptivo. Desarrollo temprano de las representaciones corporales*. Cambridge: Prensa de La Universidad de Cambridge.

SONTAG, S. (1996a). *El Sida y sus metáforas*. Ed. Taurus. Buenos Aires.

SONTAG, S. (1996b). *La enfermedad y sus metáforas*. Ed Taurus. Buenos Aires.



Soto, J. A., Levenson, R. W., & Ebling, R. (2005). Cultures of Moderation and Expression: Emotional Experience, Behavior, and Physiology in Chinese Americans and Mexican Americans. *Emotion*, 5(2), 154–165. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.154>

Steger, M., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). El cuestionario del sentido de la vida: Evaluación de la presencia y búsqueda del sentido de la vida. *J. Condes. Psicol.*, 53, 80–93.

Steiner Benaim, D., Rivas Zabaleta, J. R., & Olivero González, T. (2005). LA TEORÍA DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO PARA EL DESARROLLO DEL SER HUMANO. *TECANA AMERICAN UNIVERSITY BACHELOR OF ARTS IN PSYCHOLOGY*.

Steiner, C. (1981). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. . Basic Books, 1.

Sternberg, R. J., & Turner, L. (1989). El triángulo del amor: intimidad, amor, compromiso. Barcelona, España: Paidós.

Sutton, T. E., Simons, L. G., & Tyler, K. A. (2021). Hooking-Up and Sexual Victimization on Campus: Examining Moderators of Risk. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15–16), NP8146–NP8175. <https://doi.org/10.1177/0886260519842178>

Tajfel, H. (1978). Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations. Academic Press.

TenHouten, W. (2007). Una teoría general de las emociones y la vida social. Routledge: Nueva York, NY, EE. UU.

Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. D. (2013). Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict - a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 445–460. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12053>



Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16, 473–486.

Trompeter, N. (2019). *Caricias: El poder curativo del contacto físico*. Ediciones Obelisco, 1.

Trzebinski, J., Cabanski, M., & Czarnecka, J. (2020). Reacción a la pandemia de COVID-19: La influencia del sentido de la vida, la satisfacción con la vida y las suposiciones sobre el orden y la positividad del mundo. *J. Loss Trauma*, 25, 544–557.

Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2009). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. Simon and Schuster.

Van den Brink RHS, Schutter N, Hanssen DJC, Elzinga BM, Rabeling-Keus IM, Stek MI, Comijs HC, Penninx BWJH, & Oude Voshaar RC. (2018). Importancia pronóstica de la red social, el apoyo social y la soledad en el curso del trastorno depresivo mayor en la edad adulta y la vejez. *Epidemiol. Psychiatr. Ciencia*, 27, 266–277.

Vecina Jiménez, M. L. (2006). EMOCIONES POSITIVAS. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.

Víctor CR, & Yang K. (2012). La prevalencia de la soledad entre adultos: un estudio de caso del Reino Unido. *J. Psychol.*, 146, 85–104.

Villacieros, M., Serrano, I., Bermejo, J. C., Magaña, M., & Carabias, R. (2014). Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning. [Apoyo social y bienestar psicológico como posibles predictores de estado de duelo complicado en población de personas en duelo]. *Anales de Psicología*, 30(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.154691>

Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of Socioeconomic Status on Physical and Psychological Health: Lifestyle as a Mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 281. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020281>





Wartella, J. E., Auerbach, S. M., & Ward, K. R. (2009). Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.005>

Waterman, A. S. (2022). Toward a theory of maldaimonia. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 42(4), 202–219. <https://doi.org/10.1037/teo0000198>

Weiss RS. (1973). *La experiencia del aislamiento emocional y social*. Prensa Del MIT.

Widom, C. S., Czaja, S. J., Kozakowski, S. S., & Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse & Neglect*, 76, 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002>

Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127, 287–294.

Wind, T. R., & Villalonga-Olives, E. (2019). Social capital interventions in public health: moving towards why social capital matters for health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(9), 793–795. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211576>

Winnicott, D. (1981). *La agresión en relación con el desarrollo emocional*. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona, Laia, 281–299.

Wong, P. (2014). *La búsqueda humana de significado: teorías, investigación y aplicaciones*. Routledge.



Yalom I. (1980). *Psicoterapia existencial*. Libros Básicos.

You, D. S., Albu, S., Lisenbardt, H., & Meagher, M. W. (2019). Cumulative Childhood Adversity as a Risk Factor for Common Chronic Pain Conditions in Young Adults. *Pain Medicine*, 20(3), 486–494. <https://doi.org/10.1093/pm/pny106>

Zeki, S., & Romaya J.P. (2008). Neuronal Correlates of hate. *PLoS ONE*, 3(10), e3556.

Zeng, X., Liu, J., Tao, S., Hong, H. G., Li, Y., & Fu, P. (2018). Associations between socioeconomic status and chronic kidney disease: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(4), 270–279. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209815>

Zhang, X., Liu, S., Chen, X., & Gong, Y. (Yale). (2017). Social capital, motivations, and knowledge sharing intention in health Q&A communities. *Management Decision*, 55(7), 1536–1557. <https://doi.org/10.1108/MD-10-2016-0739>

Zhao, H., Zhang, J., Zhang, Z., & Heng, S. (2020). Revisión sobre la mentalidad y su relación con conceptos relacionados con la creatividad. *Ciencia Tecnología Prog. Política*, 37, 153–160.



Las emociones son una parte fundamental del Ser Humano, lo ayudan a manejar las relaciones interpersonales, a solucionar problemas con otros, a entender comportamientos como parte de un constructo personal y social. Desde la alegría hasta la tristeza, todas las emociones cumplen una función importante en el desempeño diario de las personas. En esta obra, usted podrá conocer cómo funciona el cerebro a través de sus estructuras, permitiendo al ser humano el manejo del amor, del enamoramiento, las crisis existenciales, el amor propio, la autoestima, la felicidad, el duelo, la muerte, entre otras; y cómo se manifiestan los comportamientos frente a las mismas. El amor es una emoción compleja que desencadena una serie de respuestas en el cerebro. Cuando se está enamorado, el cerebro libera dopamina, serotonina, norepinefrina, sustancias químicas que dan gozo, felicidad, placer y activan la memoria. Además, el cerebro también libera oxitocina, una hormona que permite la conexión y cercanía con el ser amado. El amor tiene un impacto positivo en la salud emocional. Las personas que están en relaciones amorosas saludables suelen tener mayor autoestima, mayor sensación de bienestar y mayor capacidad para manejar el estrés; sin embargo, el amor también puede ser una fuente de dolor emocional cuando las relaciones terminan o cuando no son saludables.

ISBN: 978-9942-7124-2-4



9 789942 712424

