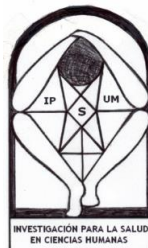


**Asociación de Psicopatología
y Psicoanálisis de Sevilla**

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

PSICOLOGÍA PARA ODONTÓLOGOS

PARTES IV y V: PERSONALIDAD Y ENFERMEDAD



El presente libro ha recibido la MENCIÓN DE HONOR
del Grupo de Investigación para la Salud en Ciencias Humana (IPSUM)

Psicología para Odontólogos. Partes IV y V: PERSONALIDAD Y ENFERMEDAD

José Manuel García Arroyo

Editado por la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla

Luis Montoto, 83 – 3º C

41018 Sevilla (España)

luysa.dl@gmail.com

ISBN: 978-84-09-40499-5

Depósito Legal: SE-199-22

Diseño, maquetación e impresión: Gabella Artes Gráficas.

Impreso en España. Printed in Spain.

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Si alguien busca la salud, pregúntale si está dispuesto a evitar en el futuro las causas de la enfermedad; en caso contrario, abstente de ayudarlo.

Sócrates

El carácter se desarrolla en la corriente de la vida.

Goethe

Dedicado a Carmelita, por su gran sensibilidad, prudencia y saber adelantarse a los acontecimientos.

INDICE.

Presentación.

CUARTA PARTE. PERSONALIDAD Y PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.

Capítulo 11º. La personalidad: concepto y teorías. Descripción de la personalidad. Tipologías.

- 11.1. Concepto de personalidad.
- 11.2. Características generales de la personalidad.
- 11.3. Teorías de la personalidad.
 - 11.3.1. Estratiformes.
 - 11.3.2. Dinámicas.
 - 11.3.3. Evolutivas.
- 11.4. Descripción de la personalidad.
 - 11.4.1. Los rasgos de la personalidad.
 - 11.4.2. Tipologías.

Capítulo 12º. Desarrollo psicológico: infancia, adolescencia, adultez y senectud.

- 12.1. Concepto de desarrollo.
- 12.2. El primer año de vida.
- 12.3. La primera infancia (1 a 5-6 años).
 - 12.3.1. El segundo año.
 - 12.3.2. El tercer año.
 - 12.3.3. De tercero al sexto años.
- 12.4. La segunda infancia (6 a 11-12 años).
 - 12.4.1. De los seis a los nueve años (niñez media).
 - 12.4.2. De los nueve a los doce años (niñez tardía o preadolescencia).
- 12.5. La adolescencia.
 - 12.5.1. La adolescencia temprana (12-15 años).

12.5.2. La adolescencia media (15-17 años).

12.5.3. La adolescencia tardía (17-18 años).

14.6. La adultez.

12.6.1. La madurez afectiva.

12.6.2. La madurez social.

12.7. La vejez.

12.7.1. Las características situacionales y afectivas del anciano.

12.7.2. Las compensaciones.

Capítulo 13º. La biografía. Factores sensibilizantes psicobiográficos en la construcción de la biografía. Frustraciones y conflictos.

13.1. De la biografía a la psicobiografía.

13.2. Los condicionantes de la psicobiografía.

13.2.1. Los factores sensibilizantes psicobiográficos.

13.2.2. Las frustraciones.

13.2.3. Los conflictos.

QUINTA PARTE. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENFERMAR.

Capítulo 14º. La enfermedad como proceso humano. Reacciones psicológicas ante la enfermedad. La conducta de enfermedad.

14.1. Concepto de enfermedad.

14.2. Reacciones ante la enfermedad.

14.3. La conducta de enfermedad.

14.3.1. La percepción del síntoma.

14.3.2. La interpretación del síntoma.

14.3.3. Asumir el rol de enfermo.

14.3.4. La búsqueda de ayuda.

14.4. La conducta de enfermedad anormal.

Capítulo 15º. Las conductas de salud y riesgo. Determinantes y cambio de las conductas de riesgo.

15.1. ¿Qué es la salud?

15.1.1. Dificultades para definir la salud.

15.1.2. El continuo de la salud: la “zona neutra”.

15.2. Las conductas de salud.

15.2.1. Concepto.

15.2.2. Tipología.

15.2.3. Cómo desarrollarlas.

15.3. Las conductas de riesgo.

15.3.1. Concepto.

15.3.2. Determinantes.

Capítulo 16º. El dolor. Dolor y funciones psicológicas. Relaciones con la personalidad. Manejo del dolor.

16.1. Concepto y funciones del dolor.

16.2. Tipología.

16.2.1. Agudo.

16.2.2. Crónico.

A) Nociceptivo.

B) Neuropático.

C) Psicógeno.

D) Mixto.

16.3. Los componentes cognitivos del dolor.

16.3.1. La sensación.

16.3.2. La percepción.

16.3.3. La atención.

16.3.4. La imaginarización.

16.3.5. La memoria.

16.4. Los componentes afectivos del dolor.

16.5. La incorporación subjetiva del dolor.

16.5.1. El significado.

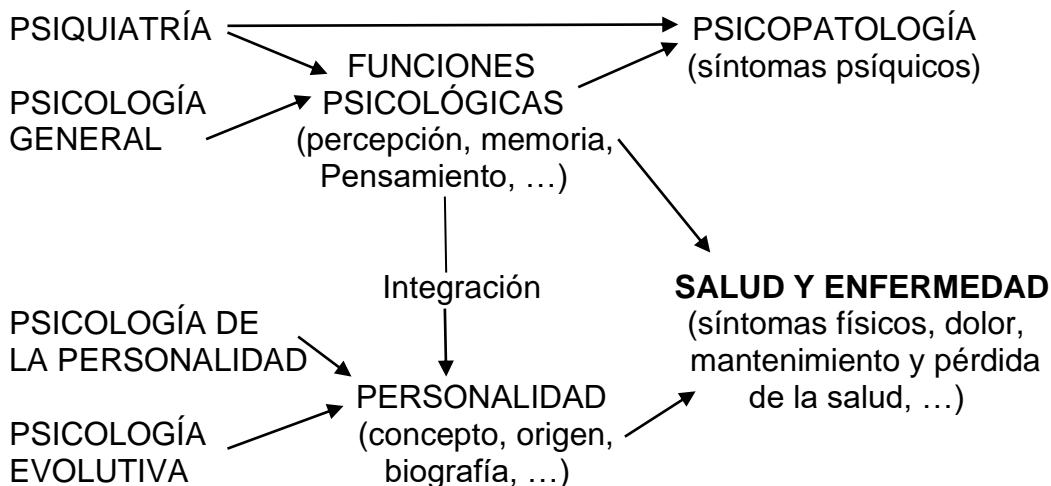
16.5.2. Los sentimientos.

PRESENTACIÓN.

Ahora presentamos el nuevo libro de fundamentos de psicología para odontólogos, el tercero de la colección, que esperamos tenga la misma acogida entre el alumnado que los dos precedentes. Estos últimos tenían como objetivos: definir qué es la psicología, describir los métodos de los que se sirve y mostrar los modelos más importantes (libro 1º), para luego entrar directamente en las “funciones psicológicas” y sus correspondientes alteraciones (psicopatología) (libro 2º). Quedaba aún por tratar el asunto de la personalidad (y su desarrollo), para poder aplicar todos estos principios psicológicos al enfermar humano.

Así se constituyen los dos pilares básicos sobre los que se asienta el estudio psicológico del enfermar y de sus correspondientes experiencias (dolor, síntomas, reacciones, afrontamiento, defensas, etc.); estos son, por un lado, las “funciones psicológicas” y, por otro, la personalidad. Ello supone la confluencia de distintas disciplinas (psicología general, psicología de la personalidad, psicología evolutiva y psiquiatría) en el mismo objetivo. Del mismo modo, la personalidad integra a las “funciones psicológicas” y les aporta un sentido y, también, estas se constituyen en el sustrato sobre el que asienta la psicopatología. Lo dicho, indica claramente que estamos presentando los conceptos (psicológicos) de una manera ordenada de modo que, una vez asentados los cimientos (libros 1º y 2º), podemos ya levantar todo el edificio (libros 3º y 4º).

El siguiente grafo muestra estas complejas relaciones:



En la primera parte de este libro la materia que se expone trata sobre la personalidad (capítulo 11º), la evolución del ser humano (capítulo 12º) y culmina en la biografía (capítulo 13º). Eysenck decía que la personalidad es “el término psicológico más amplio y menos definible”, pero no podemos quedarnos en ese nihilismo; antes al contrario, tenemos que plantear una definición operativa que le sirva al odontólogo en su práctica diaria; así las cosas, puede entenderse como

una organización estable que define al individuo, compuesta por distintas características psíquicas que determinan su modo de pensar, sentir y actuar. Con este planteamiento vemos, de nuevo, que la personalidad integra las funciones psicológicas estudiadas antes.

Dado que el odontólogo tiene que atender a personas de diferentes edades, se hace necesario un estudio serio sobre cómo el ser humano pasa por distintas etapas y cuáles son las características sobresalientes de cada una de ellas; se desprende de este conocimiento qué se puede esperar de la persona a la que va a tratar, dependiendo de su edad. Al mismo tiempo, este saber resulta útil para entender cómo se originan los rasgos de la personalidad. Acaba esta parte con la psicobiografía, entendida como construcción psicológica que realiza una persona con los sucesos que ha vivido, dándole una forma de historia; se verá cómo esta narración influye en su carácter y en su comportamiento.

La segunda parte del libro se centra en los aspectos psicológicos del enfermar, algo que se asocia con el cambio de planteamientos en materia sanitaria, que entiende al paciente como una “persona” y no solo como un organismo enfermo (capítulo 14º); que así sea, implica la necesidad de desarrollar de habilidades psicológicas y comunicativas por parte del profesional sanitario, no bastando con saber mucho sobre su materia o ser un “gran técnico”. En esta misma parte, consideramos las “conductas de salud” y “riesgo” y sus determinantes (capítulo 15º); muchas veces, se trata de un material oculto que el paciente no cuenta al sanitario, de ahí que se requiera cierto tacto por parte de este para que confíe en él y sea capaz de hablar de eso que Lacan llama el “goce”, que influye notablemente en ciertas actuaciones que ponen en riesgo la salud. También se aborda en el texto el dolor, que es el síntoma más frecuente por el que los pacientes demandan asistencia (capítulo 16º); va a estudiarse, no desde el punto de vista biológico (se verá en otras materias), sino como experiencia subjetiva; el conocimiento de esta resulta fundamental para organizar modos psicológicos de intervenir sobre el mismo.

Véase que las dos partes de las que trata este libro (personalidad y enfermedad) están íntimamente relacionadas, pues la personalidad influye tanto en la manera de reaccionar ante la enfermedad como en la manera que tiene un sujeto de arriesgar su propia salud; dicho de otra forma: nos acercamos o nos alejamos de la enfermedad según nuestro modo de ser (carácter). Pero, esto llega a más: se han descrito personalidades propensas a ciertas enfermedades, un aspecto muy interesante que tocaremos en el siguiente libro (el cuarto y último).

En las exposiciones que hacemos huimos sistemáticamente de la excesiva abstracción, de ahí que sea fundamental la presentación de casos reales que ilustren la materia expuesta. Algunos de ellos parecen exagerados y hasta inventados, pero Freud fue contundente en este sentido, cuando afirmó que él no tenía la culpa de que sus casos parecieran novelas.

Solo resta desear una agradable lectura del texto, considerando que en su elaboración se ha tenido en cuenta, en todo momento, que sea didáctico; solo así puede despertarse el interés por la materia y que, en consecuencia, la comprensión se vea favorecida. Téngase presente que entender un contenido va en contra de la simple memorización, que no entiende nada y en la que el pensamiento apenas interviene.

CUARTA PARTE. PERSONALIDAD Y PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.

Capítulo 11º. La personalidad: concepto y teorías. Descripción de la personalidad. Tipologías.

11.1. Concepto de personalidad.

La palabra “personalidad”, usado tanto por el vulgo como por los psicólogos y psiquiatras, parece que deriva de *prosopón*, que significa “máscara”, si bien algunos autores afirman (cosa que parece bastante probable) que viene del vocablo etrusco *phersu*, que casualmente tiene el mismo significado. Se trata de una aproximación lingüística bastante acertada ya que el sujeto se esconde de la mirada ajena, al menos algunos aspectos de su personalidad. En las relaciones interpersonales tendemos a tapar ciertas partes para poder desarrollar un contacto armonioso con los demás y convivir; este es el caso particular de los impulsos (como se vio en el cap. 9º) y que conforman lo que se ha llamado nuestro “lado oscuro”. Si no fuera así, la vida en comunidad se tornarían imposible (p. ej. actuaríamos agresivamente). Ciertas personalidades utilizan la máscara más que otras para poder llevar a cabo sus intenciones, habitualmente deshonestas, sin despertar sospechas (antisociales).

Una de las definiciones más acertadas de la personalidad es la de Sheldon y Evans, quienes se refieren a “la organización dinámica de los aspectos cognitivos, afectivos, conativos, fisiológicos y morfológicos del individuo”. De esta conceptualización se desprende que la personalidad es una “totalidad psicológica” o “estructura” en la que se incluyen tres tipos de vivencias:

- a) cognitivas o intelectuales,
- b) afectivas o sentimentales y
- c) conativas o voliciones (actos voluntarios).

La personalidad abarca tanto la conducta manifiesta como la experiencia privada o íntima y se presenta en una amplia gama de contextos sociales y personales, lo que lleva a pensar que un sujeto es él mismo aunque cambie de lugar (p. ej. con su familia, en el trabajo, con su pareja, etc.); que se produzcan ciertas variaciones conductuales dependiendo del contexto, no quiere decir que la personalidad se transforme. Añadimos a lo anterior, que la personalidad no puede observarse directamente (como se ve el color del pelo o de los ojos) sino que tiene que inferirse; en este sentido, se han desarrollado numerosos tests y cuestionarios que pretenden apreciar los rasgos que la componen.

11.2. Características generales de la personalidad.

A continuación se citan una serie de características:

a) Unidad. Se entiende la personalidad como una síntesis, de modo que el sujeto puede decir: “yo soy yo mismo”. Se trastorna en los estados disociativos, donde el yo se estrangula en dos (o más) partes, cada una de las cuáles puede mostrar una autonomía sorprendente; decimos entonces que la unidad se ha roto.

b) Lo propio y peculiar de cada individuo. Hablamos en este caso de “singularidad”, lo que indica que cada persona es irrepetible y, aunque se hayan obtenido patrones generales en los que pueden agruparse distintos individuos, cada uno es él mismo. La personalidad conforma la identidad propia y lo que le pertenece a uno en contraposición con lo que es de los demás (“mis experiencias son mías”).

Con cierta facilidad podemos definir a alguien que conozcamos y, al intentar hacerlo, detallamos sus características (p. ej. mi amigo Luis es poco sociable y, para sentirse seguro, tiene que conocer bien a aquellos le rodean, es desconfiado y tiene arranques de ira cuando no se siente cómodo, etc.); son estos datos los que marcan lo que es peculiar de una persona.

c) Durable y persistente. Decimos que la personalidad se mantiene estable y continua durante toda la vida (“genio y figura hasta la sepultura”); que así sea, la hace predecible dado que podemos suponer como una persona va a comportarse en una circunstancia determinada o en el futuro (p. ej. a veces decimos: “si tu padre estuviera aquí comiendo con nosotros, pediría un gran plato de chuletas de cordero”).

Esto nos lleva a una pregunta importante: ¿es posible cambiar una personalidad? La respuesta es complicada, pues lo primero que nos sale es que no se modifica, pero sí conocemos al menos tres posibilidades de transformación:

-Ante una experiencia muy intensa, en la que la persona puede verse enfrentada al horror o a la muerte (trauma). Veamos un caso:

Un paciente nuestro que trabajaba más de la cuenta, pues su vida estaba centrada en las tareas laborales, y bastante temerario, solía montarse para ir al trabajo con un compañero que había tenido varios accidentes de tráfico, debido a la velocidad. Este último había perdido un brazo y una pierna, en sendos accidentes y su coche estaba adaptado a la ausencia de esos miembros. Un día tuvieron un accidente y el paciente se golpeó la cabeza, presentando un traumatismo cráneo-encefálico, por el que fue operado y drenado un hematoma subdural. A resultas de ello, ingresó en la UCI y, hallándose en la cama semiconsciente, vio una nube negra que se desplazaba desde el fondo de la sala e iba dirigiéndose lentamente hacia su cama; sabía que, en el momento en que le alcanzara, moriría. Cuando estaba a punto de llegar a sus pies, se despertó y grito: “¡no, no, no, yo quiero vivir!”. Una vez dado de alta, el neurólogo le recomendó que acudiese a un psiquiatra para comprobar si no le quedaban secuelas

psicopatológicas del accidente (memoria, atención, reconocimiento, afectividad, etc.). El paciente se encontraba bien y se había prometido a sí mismo no estar tan dedicado a la empresa, acudir a más reuniones con amigos (hacía años que no iba) y disfrutar más de la vida. Al parecer cumplió su promesa, modificando ciertos rasgos (obsesivos) de su personalidad pero, para eso, tuvo que “verle las orejas al lobo”.

-La segunda posibilidad de transformación es mediante la psicoterapia, sobre todo si esta posibilita el acceso a ciertos aspectos inconscientes, como son las terapias psicoanalítica y existencial, las cuáles pueden tocar algunos resortes que posibiliten el cambio de postura respecto a asuntos de la vida considerados disfuncionales o desadaptativos. Para que se produzca esta modificación se requiere que el sujeto desee cambiar y, en consecuencia, pida ayuda.

-Los dos cambios anteriores parecen “positivos”, pero existe un tercero que no lo es tanto. Se refiere al cambio que sufre la personalidad con la edad, sobre todo cuando esta es avanzada (“desviaciones hipertípicas”); ciertamente, cuando nos hacemos mayores la personalidad sufre una desviación en la que los rasgos se acentúan (p. ej. si no era demasiado positivo cambia a pesimista, si era egocéntrico es aún más, etc.). Ya veremos cuando tratemos la ancianidad cómo estas manifestaciones se relacionan con la inseguridad que producen los cambios a ciertas edades.

Lo dicho hace que no podamos confiar en la palabra de aquellos que dicen: “yo ya he cambiado” o “no soy el mismo”; solo se les puede creer si explican cómo se ha producido la correspondiente modificación (p. ej. “no podía vivir así, bebiendo tanto, y busqué a un profesional para que me ayudara”).

d) Dinámica. Significa que la personalidad se encuentra en movimiento y en ella se produce una estructuración progresiva, que conforma un devenir psicológicamente comprensible. Al mismo tiempo, como veremos luego, la personalidad contiene una serie de partes que interaccionan en una especie de juego o “danza interior”.

Una chica joven que padece un cuadro de agorafobia no demasiado intensa, lucha entre “salir de casa y estar en la calle, aguantando el miedo” y “quedarse en casa para no padecer ningún sobresalto, quedándose con su familia con la que se encuentra tranquila. A medida que va procesando subjetivamente el problema, la parte que quiere salir se sobrepone a la otra, pero esta última vuelve a tomar la delantera y así sucesivamente, hasta que resuelve salir. Lo hace, pero vuelve pronto. Identificamos dos partes: la afectiva (el miedo que la paraliza) y la normativa (la lleva a obligarse a salir).

e) Relacional. La personalidad no es una estructura aislada, sino que se pone en contacto con el medio social y ahí tienen lugar numerosas interacciones

entre el interior y el exterior. Que la personalidad se halle vinculada al medio externo implica que los demás cumplen una función importante con nosotros de acuerdo con nuestros rasgos (p. ej. la incapacidad para estar solo del sujeto “dependiente” y la búsqueda imperiosa de contactos, la necesidad de explotar y abusar de los demás del psicópata o la intolerancia al desorden ajeno del obsesivo). Luego, existe una interacción entre la estructura personal y lo que, en concreto, se busca fuera. Esta característica se altera cuando el sujeto se queda encerrado en sí mismo y no contacta con el medio, como ocurre en el autismo o en la esquizosis.

f) Sistema funcional de conexiones. Esta particularidad posibilita establecer “relaciones de sentido” o “conexiones comprensibles de la vida psíquica”; por lo tanto, puedo entender cómo se siente la persona a la que exploro o cómo vive una determinada situación.

Un paciente bebe alcohol porque no soporta sentirse tímido e inseguro en las reuniones. Realizando este consumo se siente poderoso porque puede hablar con cualquiera sin problemas. Según indica: “soy otra persona cuando bebo. Normalmente soy serio y no hablo con nadie y si bebo, cuento chistes, charlo con todo el mundo y soy simpático”. Lo que relata es comprensible para nosotros porque establecemos “conexiones de sentido” del siguiente modo: timidez → autorrechazo (“no me gusto siendo tímido”) → alcohol → euforia → disminución de la distancia con los demás (entrañabilidad) → comportamientos desinhibidos → autoaceptación (“así sí me gusto a mí mismo”) → repetición del consumo.

Resumiendo: la personalidad es la totalidad psicológica que caracteriza a un determinado individuo, siempre en movimiento pero con cierta constancia y continuidad.

11.3. Teorías de la personalidad.

Existen distintas teorías de la personalidad que estudiamos a continuación:

11.3.1. Estratiformes. Son concepciones en las que la personalidad aparece como una serie de capas superpuestas. Como ya vimos, la “primera tópica” freudiana conforma un esquema de este tipo, por eso no vamos a añadir ni una coma a lo que se dijo y pasamos a los dos siguientes grupos.

11.3.2. Dinámicas. El término procede de la voz griega *dynamos* que significa “fuerza”. Este grupo de teorías establece que dentro de la personalidad existe una lucha de fuerzas, de manera que el sujeto, al verse enfrentado a las mismas, puede entrar en conflicto. La más conocida de ellas parte de Freud, quién presenta a la comunidad científica la “segunda tópica”, que aparece en la obra *El yo y el ello* (publicada en 1923) y tiene la particularidad de asociar la pulsión (tema 9º) al aparato psíquico. Recordemos que una “tópica” establece

cierta diferenciación de “espacios virtuales” o “instancias” dentro del aparato psíquico. Pues bien, Freud distingue en la personalidad:

A) El Ello. Recibe el apelativo de “animal”, pues representa la parte irracional de la mente. Es de origen somático (biológico) y la primera organización que poseemos al nacer. Contiene los impulsos primitivos (pulsiones) que, como ya sabemos, pueden ser “de vida” (eros) o “de muerte” (tánatos). Sigue el “principio del placer”, es decir, que tiende a la inmediata gratificación de la pulsión, en tanto descarga de la tensión producida.

B) El Yo. Adopta el apelativo de “humano” y es parte racional del aparato psíquico. Su función consiste en regular la descarga (sexual o agresiva), pues decide cuándo puede activarse la pulsión para llegar a su fin. Esto se realiza gracias a que es la instancia que tiene a su cargo la adaptación al mundo exterior (vida social), sufriendo la presión de la realidad que puede impedir la realización de dicha descarga por no ser conveniente, de acuerdo con las circunstancias. Como cabe intuir, sigue el “principio de realidad”, que implica una demora del desahogo pulsional hasta encontrar el momento, lugar y objeto adecuados.

Evidentemente, el yo se forma en un segundo tiempo cuando al crío se le exige adaptarse al medio externo; por consiguiente, es la presión del exterior la que hace que, a partir del ello, se vaya configurando el yo.

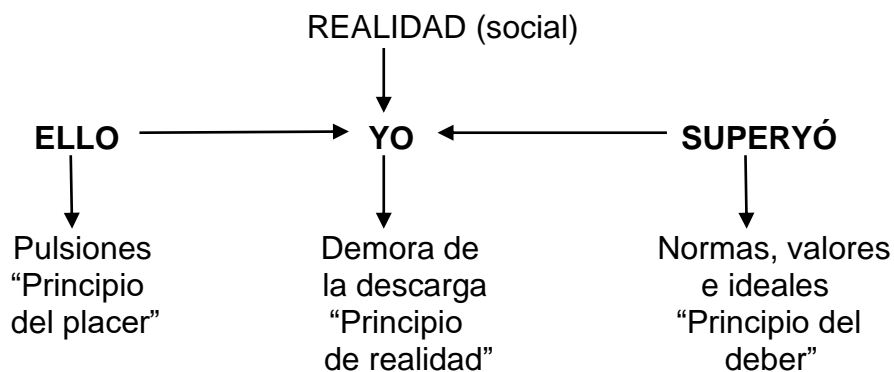
C) El superyó. Adopta la denominación de “cultural”, debido a que tiene a su cargo los ingredientes de la cultura en la que nos hemos desenvuelto. Evolutivamente es el último en aparecer. Sigue el “principio del deber”, pues integra las normas, valores e ideales de la sociedad, transmitidos a través de los padres a lo largo del proceso educativo. Esto supone que el niño va a interiorizar en su aparato psíquico las normas que en principio se encuentran fuera de él (dictadas por los padres) pero que, progresivamente, las va haciendo suyas conformando la instancia superyoica.

La relación entre estos tres componentes de la personalidad (y los conflictos inherentes a su interacción) puede comprenderse muy bien con un ejemplo clínico:

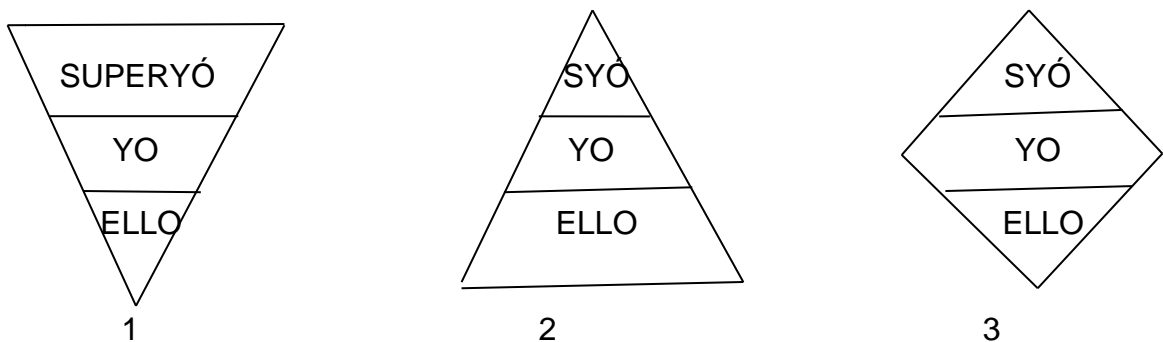
Este es el caso de una mujer que trabaja como azafata de congresos. En uno de estos celebrado en Sevilla, para el que fue contratada, conoció a un joven ingeniero catalán que le gustó “desde el primer momento en que lo vio”; él también se quedó prendado de ella. Así las cosas, el ingeniero se acercó a la azafata después del café de media mañana y la convenció para que se fuera con él a enseñarle la ciudad. Ella hizo una serie de arreglos de turnos con una compañera y pudieron escaparse del aburridísimo congreso. Almorzaron juntos y todo parecía que iba a las mil maravillas (el “yo” se encuentra armonizado con el ello”, ya que la realidad resulta propicia: ninguno de los dos tiene pareja, ni están casados, la ciudad invita

a estar a gusto, buena temperatura para pasear, etc.). Pero, ya oscureciendo, llega un momento en que él le sugiere que pueden irse al hotel, cosa que ella acepta (hasta aquí todo va bien). Una vez en la habitación, comienza el acercamiento físico e, intentando tener una relación íntima, a ella se le quedan las piernas totalmente rígidas (“engarrotadas”, dice) y sin poder moverlas. Ambos se quedan un tanto perplejos, ya que ninguno esperaba esta reacción que impide consumir la unión física.

COMENTARIO: ¿Qué ha sucedido? Ella acude a consultar porque no entiende la reacción que tuvo y quiere saber qué le ha pasado y por qué ha estropeado un “bonito momento”. La respuesta es la siguiente: hasta el momento del hotel todo parecía marchar, como hemos dicho, pero en el instante en que se intenta “pasar a más” se ha despertado el “superyó”, entrando en conflicto con las otras dos instancias e impidiendo la unión sexual. En tal caso, existe una “norma” que impide seguir; de hecho, en una de las sesiones, recordó algo que le decía su madre (norma): “Las mujeres que se acuestan con hombres al poco de conocerlos, son unas frescas”.



Lo más adecuado es que exista un equilibrio tópico entre las tres instancias, pero no siempre es así, produciéndose diferentes variantes:



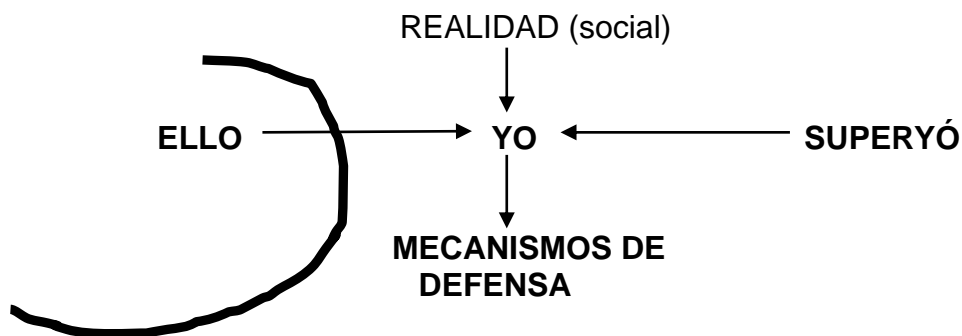
-En el caso 1 hallamos una personalidad normativa y constreñida, debido al dominio del superyó; es lo que sucede con los obsesivos, para quienes las

normas y los ideales comandan su vida, pues son: puntuales, cuadriculados, escrupulosos, perfeccionistas, exigentes, etc.

-En caso 2 se trata de una personalidad desinhibida e impulsiva, debido al dominio del ello. Sucede tal cosa en los psicópatas e impulsivos, quienes no se atienen a ninguna norma a la hora de actuar.

-El caso 3 muestra una personalidad equilibrada, donde el yo decide a que instancia da paso, si al ello o al superyó, según las circunstancias. En este sentido, si se trata de trabajar, hay que hacerlo y no escaquearse (acción superyoica) y, si estamos de fiesta, nos consentimos escaparnos del trabajo para poder disfrutar un poco (predominio del ello).

Una cosa más: en el grafo anterior, donde se muestra la interacción de las tres instancias (ello, yo y superyó), podemos ver con claridad que todas las flechas apuntan al yo. Indica que este último se encuentra sometido a tres fuerzas diferentes (modelo dinámico): a) el ello que intenta la descarga (placentera) en cualquier momento, sin admitir demora, b) el superyó que intenta imponer sus normas y que, por lo tanto, prohíbe el desahogo y c) la realidad que impone su criterio en aras de conseguir la adaptación del sujeto a su medio. Entonces, el yo tiene que acudir a hacer algo para salir de una situación tan comprometida como la que se le presenta, entonces recurre a los “mecanismos de defensa”.



Los mecanismos de defensa son estrategias del yo que intentan evitar la angustia y la presión que existe sobre él. Se ponen en marcha ante la “señal de angustia” que detecta el yo y, en consecuencia, llegan a proporcionar una relativa tranquilidad y estabilidad al aparato psíquico; por lo general, su acción consiste en camuflar al ello para que el superyó no pueda detectarlo y ejercer el correspondiente bloqueo o presión. Pero, no todo es tan bonito ya que, en este caso, es peor el remedio que la enfermedad pues, en última instancia, encorsetan al individuo con una rigidez particular. El carácter, por lo tanto, se forma por la acción de los mecanismos defensivos (p. ej. un obsesivo excluye de su vida cualquier expresión afectiva, convirtiéndose en una persona demasiado racional; se debe a una de estas operaciones). Conviene ahora que conozcamos los principales mecanismos de defensa:

a) Desplazamiento. Consiste en un cambio de objeto intencionado, pero inconsciente para resolver el conflicto. Veamos algunos ejemplos:

Una mujer de 50 años que adora a los animales, permanece sola después de varios desengaños con las parejas (es una persona muy exigente en las relaciones). No desea tener nuevos contactos (para no volver a sufrir), mientras tiene a dos perros en su casa a los que adora y les da todo su amor. Se trata de un desplazamiento del afecto que inicialmente se dirigía al hombre y ahora se dirige al animal, del que no va a sufrir desengaño alguno. Esto no quiere decir que todo aquel que tenga animales, utiliza este mismo mecanismo.

Hombres → Animales

Freud mismo vio en su consultorio de Viena a un padre que acudía alarmado ante la fobia de su hijo (Juanito) a los caballos. Descubre, en el análisis que llevó a cabo con el padre, que en realidad el hijo le tiene miedo a él y lo ha desplazado al caballo. Tal mecanismo posibilita que pueda convivir a diario con el padre, mientras el encuentro con caballos se produce de manera esporádica, limitando la angustia infantil.

Padre → Caballo

El desplazamiento es el mecanismo subyacente a las fobias; en ellas el objeto temido no es el que aparece en la clínica:

Un paciente que presentaba fobia al color rojo, el miedo exagerado se relacionaba con dicho color, pero no es este el objeto temido primariamente. El análisis descubre su miedo a la sangre. Luego el desplazamiento que se produce es:

Sangre → Color rojo

b) Sublimación. El nombre viene de “sublime” o “maravilloso” y se trata de una modificación del objeto y del fin pulsionales por otros más elevados en la valoración social. El sujeto ahora es capaz de aprovechar aquellos aspectos que ofrece la cultura para, a través de ellos, llegar más lejos y realizarse como persona. Cuando un individuo es incapaz de servirse de estos productos (socio-culturales), cae inexorablemente en la realización de impulsos. Veamos un caso:

Una paciente estudiante de filología inglesa confiesa no gustarle nada: ni los museos, ni el teatro, ni salir con los amigos, ni la lectura, ni el cine, ni el deporte, ni los chicos (tampoco las chicas), ni su carrera, ni la ópera, ni la poesía, etc. En una ocasión acude a la consulta, después de las vacaciones de verano, y mantenemos el siguiente diálogo (P: paciente, M: médico):

P: Usted se va poner muy contento con lo que le voy a decir: he ido a París con una amiga y he visitado el museo del Louvre.

M: Te llevarías todo el día allí dentro ¿no?

P: Solo 20 minutos. Bueno, para ser más exactos, 30 minutos.

M: ¿jcomo!?

P: Si, primero fuimos a la parte de pintura y eso era: cuadro, cuadro, otro cuadro, otro cuadro,... ¿más cuadros? ¡Vámonos a tomar un café! Entonces mi amiga me dijo que no habíamos visto la parte de arqueología y accedí a ir. Entramos allí y solo había piedra, piedra, otra piedra, ... ¿más piedras? De aquí nos vamos inmediatamente.

Véase que se trata de una chica incapaz de sublimar y su incultura es patente (no sabe distinguir un cuadro renacentista de otro impresionista, no conoce las diferencias entre las piezas babilónicas y las griegas, etc.). Su enorme falta de interés se asocia a no contar con representaciones mentales sobre los objetos que contempla en el museo y tampoco se ha preocupado (por la falta de motivación) en crear dichas representaciones (p. ej. buscando información). En su casa el tiempo lo dedica exclusivamente en “engancharse” a las series que, literalmente, devora; se pasa toda la tarde con esta actividad sin parar, siendo la forma que tiene de rellenar el gran vacío existente en ella.

Realizar estudios universitarios es una forma de sublimar, lo mismo que escribir o pintar; análogamente, lo es realizar realizarse como profesional de una materia. Por lo tanto, la sublimación es uno de los mejores y más sanos mecanismos de defensa que poseemos; el problema es que existen muchas personas que, lamentablemente, no puede llevarla a cabo. Sobre la sublimación añadiremos más detalles en el capítulo dedicado a la psicología infantil, donde se estudiarán las etapas en las que se implanta este importante mecanismo defensivo.

c) Represión. Ya la hemos visto al estudiar la “primera tópica” (capítulo 5º). Se trata del rechazo o expulsión de la conciencia de ciertas ideas o pensamientos por ser inaceptables, bloqueándolas en su correspondiente intento de vuelta. La represión se manifiesta en el discurso del paciente como vacíos en el mismo, es decir, temas que no aparecen; trátase de asuntos de los que no se puede hablar.

Una paciente de 35 años, habla sin cesar de las dificultades que tiene en el trabajo, mientras es incapaz de referirse a su (grave) problema matrimonial. Resulta paradójico, pues este último es el motivo que la trajo a consultar. En la primera entrevista, cuando habló de su pareja lloró bastante (“señal de angustia”, que mantiene la represión) y eso originó que no volviera a

tocar el asunto. Empezó a referirse al mismo ¡casi un año después de la primera entrevista! y ¡los llantos volvieron!

d) Regresión. Consiste en retornar a formas de comportamiento de un periodo anterior del desarrollo, que se consideran ya superadas, al no poder afrontar el actual. Con algunos ejemplos quedará claro:

Una niña de 6 años, con un desarrollo normal para su edad, tuvo un hermanito recientemente y un buen día sorprendió a sus padres haciéndose caca en el salón. Realizó entonces una conducta que se suponía ya superada, pues controlaba perfectamente los esfínteres. En la misma línea, muchos niños vuelven a orinarse en la cama (enuresis) cuando viene al mundo un nuevo hermano.

Pero, la regresión no es cosa solo de niños, como ocurre en el siguiente caso: un hombre de 47 años, tras 10 de matrimonio se separó de su mujer. A partir de entonces, empezó a quedar con los amigos, a beber, ir a sitios de copas, intentar ligar con jóvenes universitarias e incluso acudió a un prostíbulo con un colega. Es frecuente que, tras una ruptura de pareja (divorcio o separación), se vuelvan a realizar comportamientos adolescentes ya superados tratándose, evidentemente, de formas de eliminar la angustia que la nueva situación provoca.

e) Proyección. Se trata de atribuir a los demás deseos y pensamientos inaceptables en uno mismo; es lo que habitualmente se expresa en la calle como: “el ladrón cree que todo el mundo es de su condición”.

El celoso que teme la infidelidad de su pareja, la vigila e, incluso, la sigue, frecuentemente tiene deseos de ser infiel que “pone” en ella.

Un paciente mayor comenta haber ido al zoológico de La Casa de Campo (de Madrid) con su nieto y, estando frente a la jaula de los leones, el nieto le dice: “vámonos de aquí abuelito, que tienes mucho miedo”.

Es frecuente en fóbicos sociales poner el rechazo en los demás, cuando este se encuentra dentro de sí. Efectivamente, los demás no suelen rechazarlos, sino que son ellos mismos los que se rechazan (“si no me acepto, no me aceptarán”).

f) Formación reactiva. En este caso se trata de reemplazar por opuestos los impulsos, tendencias o deseos inaceptables.

Un paciente de 45 años reconoce en la consulta ser un “gran tímido” y un “cobarde” y que, sin embargo, en su época de estudiante, era una persona “abierto”, llegando incluso al descaro. Indica: “me daba mucha pena de mí mismo sentirme tan cobarde y prefería ser osado. Entonces, hablaba con cualquiera, incluso con los profesores, sin ningún corte”. Véase que esta

persona no se conformaba solo con ser un poco más arrojado e ir elaborando y venciendo sus temores, sino que se fue a lo contrario: “ser descarado”.

g) Racionalización. Aquí la persona implicada se dedica a justificar sus motivaciones, impulsos o actitudes intolerables para ella misma o para su medio (social).

Una paciente de 50 años que no quiere trabajar y que siempre vivió del cuento, al preguntarle ¿por qué no manda su curriculum a varias empresas?, dice convencida: “sería para nada. ¿Usted no ve el paro que hay? ¿no se da cuenta de que en este país no se fomenta el empleo? Son evidentes autoengaños para no ponerse en marcha y cambiar de actitud.

También la racionalización es un mecanismo frecuente en consumidores de sustancias, alcohólicos e impulsivos (ludópatas, cleptómanos, etc.) quiénes, al ser pillados, se esfuerzan en dar numerosas explicaciones con las que, más que engañar a los demás, se engañan a sí mismos (“tomo drogas porque de pequeño mis padres no me educaron bien”, “bebo porque no tengo trabajo”, etc.). Finalmente, se ven abocados a confesar la verdad, tras las presiones que reciben desde fuera.

h) Negación. Primero afirma el impulso o deseo y después, en un segundo tiempo, lo niega. Ejemplos:

Una chica afirma darle bastante coraje de que su compañera haya sacado más nota que ella en el último examen, a pesar de saber que ha estudiado mucho menos. Tan pronto como dice esto, añade: “pero, no se vaya usted a creer que yo soy envidiosa”.

Un chaval de 13 años ve en un sueño a una mujer desnuda muy bella. Tras contar el sueño dice: “mi madre no es, desde luego”.

Como el anterior, es una defensa frecuente en consumidores (alcohol, sustancias) y en sujetos impulsivos, resultando el mecanismo bastante evidente, pues niegan, incluso, en el momento en que son pillados en el acto.

Un paciente se gasta bastante dinero en maquinitas, a pesar de que su sueldo es bastante corto y es él quién tiene mantener a su familia. En una ocasión, la mujer fue alertada por una vecina de que estaba en el bar jugando y decidió presentarse allí sin avisar; con ello pretendía acabar de una vez por todas con sus sospechas de que “algo raro ocurría con el dinero” y que “por algún lado se tenía que ir”. Una vez entró en el bar y le preguntó qué estaba haciendo, él tranquilamente respondió: “nada, estoy mirando la maquinita porque tiene unas luces muy vivas. ¿No pensarás que estaba echando dinero? ¿no serás tú una mal pensada”.

Véase que estas personas primero niegan (“no, eso no es verdad”), después racionalizan y, finalmente, tienen que confesar.

11.3.3. Evolutivas. Entramos ahora en el último grupo de las teorías de la personalidad que estudian cómo se ha desarrollado esta última y, por consiguiente, se basan en lo que ocurre a lo largo del proceso madurativo del ser humano. También Freud presenta una teoría evolutiva que deduce de los datos procedentes de sus observaciones clínicas. En ella, el creador del psicoanálisis establece varias etapas del desarrollo psicosexual que tienen un papel importante en la formación del carácter. No entra en contradicción con la anterior y supone, dentro de nuestra materia, adelantarnos al siguiente capítulo.

Para entender este nuevo planteamiento es importante pensar que la “sexualidad” no es solo el acoplamiento genital (“sexo”), que es el pensamiento que circula en la calle. Distinguiendo estos dos términos (“sexo” y “sexualidad”), tal como hicimos en el capítulo 9º, es posible comprender lo que ocurre en el ser humano desde que viene al mundo. Así las cosas, el “sexo” como tal aparece en la edad media de la vida (“edad fértil”), donde el dimorfismo es máximo (diferencias físicas entre hombre y mujer); en las primeras etapas y en las últimas tienden a desaparecer estas diferencias y ambos sexos tienen un aspecto muy parecido (p. ej. dos bebés de distinto sexo son idénticos, no se les distingue a no ser que se observen sus órganos genitales). En cambio, la “sexualidad” se origina en el momento del nacimiento y acaba con la muerte; si esto no se comprende bien, es imposible entender la teoría evolutiva que vamos a estudiar a continuación.

Para Freud la “sexualidad” es el conjunto de actividades encaminadas a obtener placer y se asienta en las siguientes ideas:

a) La “zona erógena”. Se llama así al lugar del cuerpo en el que se produce la excitación. Coincide con las mucosas o espacios en los que la piel pierde su capa externa (epidérmica), haciéndola más sensible a los estímulos externos. Aparece en aquellos lugares en los que el cuerpo se abre hacia el exterior, es decir, rodeando los orificios naturales (ano, vagina, boca, etc.). Como veremos más tarde, las zonas erógenas predominantes van cambiando a lo largo del proceso evolutivo.

b) La “fijación”. Es el resultado de la obtención de placer en una zona erógena concreta e implica permanecer ligado a modos de satisfacción arcaicos. Si se han obtenido demasiadas sensaciones placenteras en una determinada zona corporal se produce la fijación y el sujeto tiende en el futuro a buscar de nuevo dichas sensaciones. Que perdure esta búsqueda depende, como hemos indicado, de que la gratificación sea excesiva, pero puede ocurrir lo mismo si es defectuosa.

c) Las diferentes etapas van asociadas a las funciones fisiológicas correspondientes, de tal manera que a cada una de ellas se le añade un plus de placer; así, en la oral la función es la succión por la que el bebé obtiene el alimento (leche) pero, al mismo tiempo, se añade el placer correspondiente a dicho acto. Ello explica por qué los niños no quieren soltar el chupe, del que evidentemente no extraen alimento alguno. Pueden establecerse las siguientes equivalencias:

Sexualidad = Función + placer

Oral = Succión + placer

Las distintas etapas son momentos identificables del desarrollo que influyen en la formación de la personalidad (debido a la “fijación”); vamos a tratar las siguientes:

1ª) Oral. Tiene lugar en el primer año de vida y la zona erógena es la boca, en cuyo caso el niño obtiene placer con la succión (biberón, chupe o cualquier otro objeto que se lleve a la boca). La fijación en la etapa oral emula el comportamiento del niño de esa edad, pero siendo ya adulto y da lugar a personalidades pasivas, dependientes, necesitadas e impacientes (el bebé posee estas características).

2ª) Anal. Aparece entre los 2 y los 3 años de edad. En este segundo momento, la excitación pasa de la boca al ano, coincidiendo con un instante en el que se produce la educación esfinteriana (el crío tiene que aprender a controlar sus esfínteres para poder vivir en comunidad). Las sensaciones placenteras derivan de expulsar y retener las heces; aunque estas sean repugnantes para el adulto (desechos), para el niño de esta etapa no tiene esas mismas connotaciones, tengamos presente que el asco va a aparecer posteriormente, a partir de los mensajes de los progenitores (p. ej. cuando el niño juega con una cucaracha, la madre dice: “caca”, con un evidente gesto de desagrado que el niño capta a la perfección).

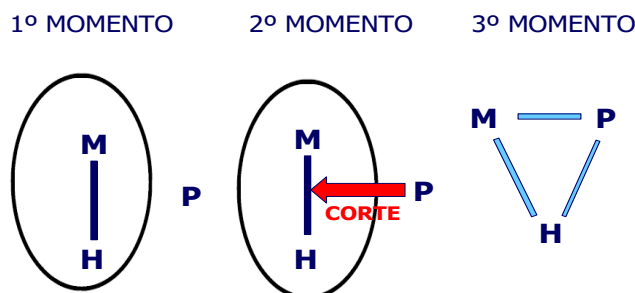
Puede verse más claramente con el siguiente caso: una paciente bastante escrupulosa y limpia (carácter obsesivo), que acude a la consulta desde hace tiempo, dejó en el cuarto de baño a su hijita (de 3 años) con otros dos niños (de la misma edad, aproximadamente). Cuando volvió, se encontró un espectáculo que para ella era “dantesco”: los tres habían hecho caca y con los excrementos habían embadurnado todas las paredes; se puso hecha una fiera y, sobre todo, no entendía como no podían sentir repugnancia de lo que habían hecho. Tuvo que quitarles la ropa, lavarlos, limpiarlo todo, emplear desinfectantes, etc., con evidentes gestos de desagrado.

La fijación en la etapa anal da lugar a sujetos ordenados, controladores, limpios y escrupulosos, que no quieren ver la suciedad por ningún sitio (fijación en la etapa anal “retentiva”) o a lo contrario: desordenados, guarros, sucios, van “cagándolo” todo y se “revuelcan en la mierda” (etapa anal “expulsiva”, la primera evolutivamente).

3ª) Fálica. Tiene lugar entre los 3 y los 5 años. Los niños van conociendo su cuerpo y, de pronto, descubren la zona púbica que, al ser acariciada, les procura placer y repiten esa estimulación (masturbación infantil). Al mismo tiempo, descubren (con gran sorpresa y desconcierto, en un principio) las diferencias anatómicas entre el niño y la niña (o entre hombre y mujer). Dado que tienen una gran dosis de imaginación, crean distintas teorías (imaginarias) para explicar las diferencias.

La zona erógena en caso del niño es el pene y el clítoris en el de la niña; queda claro que para ella, en estos complicados instantes del desarrollo, existe un desconocimiento de la vagina (este descubrimiento se hará posteriormente). Aquí se produce la idea infantil de que únicamente existe un sexo (el masculino), ya que tiene lugar una dualidad: existe el falo o no (“etapa fálica”). La fijación en este momento da lugar a sujetos presumidos, orgullosos, osados y decididos (el prototipo de Indiana Jones o James Bond, admirados por mucha gente precisamente por estas características), o lo contrario: inseguros, dubitativos, temerosos y con sentimiento de inferioridad.

Coincidiendo con la etapa fálica tiene lugar el “complejo de Edipo” y la referencia es la situación triangular padre-madre-hijo/a. En los primeros momentos del desarrollo existe una relación privilegiada del bebé con su madre, de manera que se forma una diada madre-hijo/a en la que el padre es un extranjero y queda excluido (de hecho, muchos padres en este momento se sienten fuera o sin tener un papel definido). Más tarde, si se dan las condiciones propicias, el padre entra en la relación y se pasa de una diada a una formación triangular, lo que supone un gran avance en la maduración infantil.



No obstante existen diferencias según el sexo del que se trate:

a) En el caso del varón, el amor se dirige a la madre mientras que existe una rivalidad con el padre y un deseo de ocupar su lugar, al tiempo que le reconoce su poder y le teme. El “complejo de castración” (invención infantil de acuerdo con el despliegue de la fantasía) aparece como el temor al castigo por los deseos incestuosos (hacia la madre) y es lo que le empuja al varoncito a la salida definitiva del “complejo de Edipo”. Si estos sucesos evolucionan favorablemente (no siempre es el caso), se produce una renuncia a la madre y la aceptación de la autoridad paterna, terminando en una identificación con la figura paterna (odia a su padre, lo teme, pero también lo admira).

b) En la niña se habla también de “complejo de Edipo femenino” o de “complejo de Electra”. Recordemos, para quién no lo sepa, que Electra era hija del rey Agamenón, vencedor de Troya quién, al volver a su palacio fue asesinado vilmente, mientras tomaba un baño, por su mujer y el amante de esta. La hija de Agamenón, Electra, animó a su hermano Orestes a vengar la muerte de su amado padre lo que llevó a cabo, matando finalmente a la madre. Se trata del amor de la niña al padre y la ambivalencia hacia la madre, lo que implica que el desarrollo de la niña es más complicado que el del niño, pues tiene que hacer un doble cambio:

-De objeto de amor: el primero es la madre, pero después es el padre. Recordemos que, en el varón, siempre es la madre.

-De zona erógena. El órgano erógeno de la niña en esta etapa es el clítoris pero, con el paso del tiempo, descubrirá la vagina sin abandonar como parte excitable el primero de ellos.

Estas vicisitudes del desarrollo infantil tienen sus consecuencias, pues se ponen de manifiesto en el proceso madurativo; al ser aquel más complejo en las niñas, el resultado es que maduran antes que los niños. Además, el final del Edipo no es tan tajante en las chicas como en los chicos, dado que el “miedo a la castración” impulsa a este último a una salida más definitiva. Este fenómeno podría también explicar que las niñas tengan más fijación por los temas sentimentales que los varones, debido a la falta de cierre “definitivo” del Edipo. Queda claro que en la niña se produce una identificación con la figura materna (aunque también puede irse al polo contrario, teniendo los rasgos opuestos: “no quiero ser como ella” o “no quiero llevar la vida que ella ha llevado”).

4º) Latencia. Tiene lugar desde los 6 años hasta la pubertad. El Edipo se resuelve sobre los 5-6 años, con la identificación con el progenitor del mismo sexo y la incorporación de las normas parentales; en ese momento aparece el “superyó” (normas, valores e ideales), al que Freud denomina “heredero del complejo de Edipo”. La represión impide el recuerdo espontáneo de los momentos

anteriores del desarrollo (p. ej. hay muchas personas que dicen no recordar nada más allá de los 6 ó 7 años) pero, como sabemos, lo reprimido “retorna”.

En la latencia tiene lugar una relativa calma sexual que favorece la sublimación y posibilita el desarrollo intelectual y el conocimiento del medio (social) que le rodea, escapando al dominio de las pulsiones.

5º) Genital. Coincide con la pubertad. No puede confundirse con la etapa fálica, en la que el órgano dominante es el falo. Aquí se inicia la sexualidad adulta, pues se diferencian con claridad los dos órganos (no uno solo, como en la etapa fálica): el pene en el varón (que siempre estuvo, debido a su evidencia) y ahora la vagina (que aparece en esta nueva etapa). Se afianza la identificación con el propio sexo y se produce la elección sexual dándose, ahora sí, la posibilidad del acoplamiento.

11.4. Descripción de la personalidad: tipologías.

11.4.1. Los rasgos de la personalidad. Los “rasgos” son patrones fijos, estables y permanentes de la personalidad que se exhiben en un amplio rango de contextos sociales y personales (p. ej. ordenado, impulsivo, colérico, apasionado, inestable, etc.). Se conforman como opuestos (retraído-osado, dependiente-independiente, confiado-desconfiado, tranquilo-nervioso, abierto-cerrado, ordenado-desordenado, sociable-retraído, etc.) y permiten definir a un sujeto y diferenciarlo de los demás.

Al intentar conocer a alguien de nuestro entorno, lo hacemos detallando sus características más sobresalientes; p. ej. mi amiga X es: poco animosa, se hunde con facilidad, muy dependiente de su familia, se asusta con facilidad, se sorprende demasiado con las cosas que le suceden en su vida, etc. Estas definiciones parciales de su personalidad son los rasgos.

Desde este punto de vista, la personalidad puede considerarse como la suma de los distintos rasgos:

$$P = \sum R_i$$

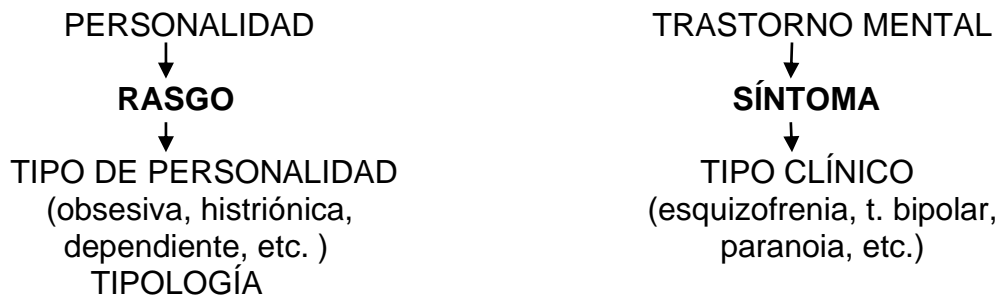
En el mejor de los casos, y para que la personalidad sea sana, los rasgos tienen que ser flexibles, adaptativos, creativos y servir de amortiguador ante las circunstancias vitales, sobre todo si son adversas.

Es importante, también, diferenciar entre “rasgo” y “síntoma”. El primero de ellos se refiere a la personalidad y permite seguir viviendo con él durante toda la vida sin demasiadas alteraciones, constituyéndose muchas veces como egosintónico (p. ej. un hombre puede encontrarse bien consigo mismo siendo puntual, excesivamente cumplidor o demasiado responsable, aunque le resten espontaneidad y capacidad de disfrute) y buscan personas que puedan convivir con dichos rasgos (p. ej. este supuesto individuo se encontrará más cercano a

alguien que vaya en su línea, pero nunca será amigo o formará una pareja con personas que lleven una vida desordenada y/o caótica). No obstante, los rasgos también pueden ser egodistónicos (p. ej. la timidez o la inseguridad) pero el sufrimiento no es tan elevado como el que se produce con el “síntoma”.

Este último tiene que ver ya con un trastorno psíquico y apunta a un tipo clínico y no a la personalidad y, por lo general, el individuo no puede convivir con él debido al sufrimiento que conlleva (p. ej. ansiedad, angustia, obsesiones, fobias, tristeza vital, etc.) o bien, pueden provocar alteraciones en su medio (p. ej. delirios, alucinaciones, impulsos patológicos, etc.). En general, la aparición de un síntoma suele llevar a la persona a consultar (salvo excepciones), lo mismo que cuando se produce un síntoma físico (pensemos por ejemplo en la ansiedad o la tristeza excesivas o patológicas). En última instancia, mientras la personalidad se define por los rasgos, la enfermedad se hace por los síntomas. Veamos el siguiente ejemplo:

Un individuo que es desconfiado, suspicaz, reacio a entregarse a los demás y a crear relaciones tiernas, posiblemente padezca un “trastorno paranoide de la personalidad”. Pero si este señor cree firmemente que lo siguen personas del Gobierno y que se paran delante de su puerta para espiarlo y conocer sus movimientos, porque intentan recluirlo en una institución, se trata de un “delirio de persecución” y, por lo tanto, orienta hacia una “paranoia” como entidad clínica.



11.4.2. Tipologías. Un conjunto de rasgos permanentes que se presentan juntos de manera coherente entre sí, conforman una “tipología”. A lo largo de la historia de la psicología diferentes autores han establecido tipologías de interés para la psicología y la medicina (Hipócrates, Galeno, Sheldon, Schneider, Kretschmer, Spranger, etc.).

Debido a la extensión de las descripciones que se han realizado, solamente abordaremos una de ellas, que es la tipología de Carl Gustav Jung. Este afamado discípulo de Freud tomó en cuenta la actitud hacia el mundo para distinguir dos tipos humanos:

- el “extrovertido”: orientado hacia el mundo exterior y volcado en la acción y
- el “introvertido”: orientado hacia el interior y volcado en el pensamiento.

Evidentemente, el primero de ellos no puede estar sin contactar con los demás, de manera que siempre tiene que estar con alguien y, de no ser así, se aburre; esto se debe a la inexistencia de estímulos interiores. Mientras tanto, el introvertido precisa menos de los contactos, debido a que los estímulos le vienen de dentro.

Capítulo 12º. Desarrollo psicológico: infancia, adolescencia, adultez y senectud.

12.1. Concepto de desarrollo.

Comenzamos ahora un nuevo capítulo que trata de la evolución psicológica del ser humano, desde el nacimiento hasta la vejez o última etapa de la vida. Fue Pitágoras el primero en elaborar una teoría sobre las edades de la vida, relacionándolas con las cuatro estaciones, de la siguiente forma:

- Primavera: infancia.
- Verano: adolescencia.
- Otoño: juventud.
- Invierno: vejez.

Mucho más tarde, se creó la disciplina que aborda estas cuestiones y que tomó el nombre de Psicología Evolutiva; se entiende por tal, aquella rama de la Psicología General que estudia el desarrollo del individuo e incluye, tanto las modificaciones de la conducta como los procesos mentales subjetivos, que tienen lugar a lo largo del ciclo vital.

El desarrollo del ser humano hay que entenderlo como una sucesión de “estadios” o “etapas”, entendidas como momentos separables del conjunto en función de ciertas características homogéneas, y “momentos críticos” o puntos de inflexión en los que el individuo tiene dificultades en atravesarlos, pudiendo seguir adelante (progresión) o quedarse estancado (regresión).

12.2. El primer año de vida.

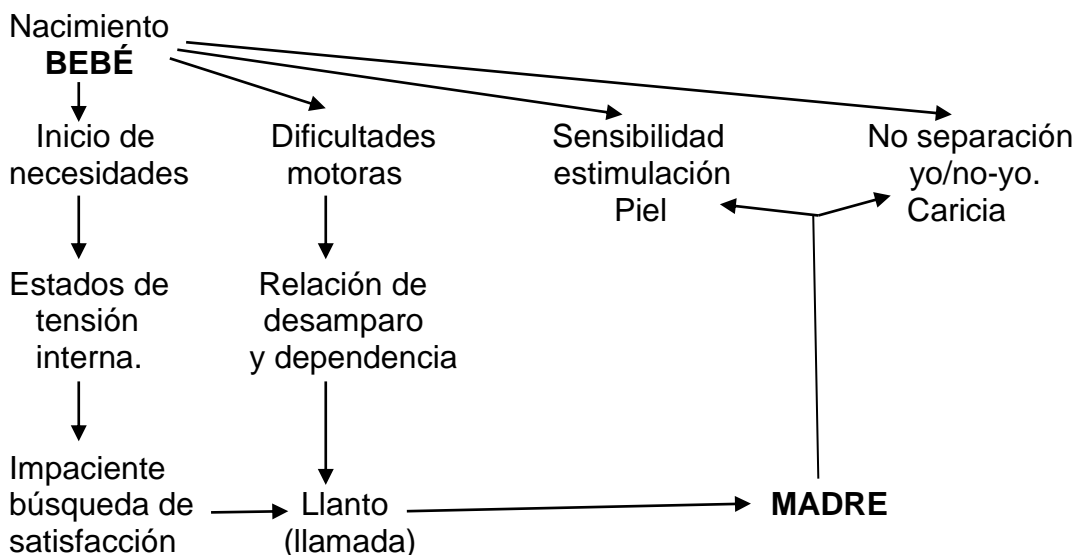
Cuando nace la cría humana se encuentra en inferiores condiciones que aquellas que se dan en el resto de los mamíferos; si contemplamos el parto de un potrillo, vemos que inmediatamente se levanta, se pone en pie, intenta acercarse a la madre y mamar de ella, etc. Sin embargo, el bebé es un completo desvalido, lo que se debe a que su sistema nervioso central (SNC) no se encuentra aún maduro y, para que alcance tal estadio, haría falta un año más de gestación; en tal caso (tras 21 meses) la cabeza sería enorme y no podría salir por el canal del parto. De ahí que la naturaleza adelante este acontecimiento, pero pagando el precio de que el producto es completamente inmaduro: un prematuro que necesita todo un año para que su SNC madure (“fetalización”). En consecuencia, se considera a este periodo (el primer año) como una “gestación extrauterina”, en la que el útero es sustituido por el regazo de la madre.

El bebé, cuando se encuentra en el vientre materno, no tiene necesidades ya que, a través del cordón umbilical, le llega cuanto precisa (oxígeno, aminoácidos, glucosa, sales minerales, iones, etc.) y se halla flotando en el líquido

amniótico a temperatura y presión constantes. El nacimiento implica, pues, el inicio de las necesidades que le ocasionan estados de tensión interna que le resultan insoportables y tiene que calmarlos; de ahí que exista una impaciente búsqueda de satisfacción.

El problema es que no puede desplazarse para poder satisfacerse debido a sus dificultades motoras (las vías nerviosas no se hallan aún mielinizadas), de ahí que precise de un adulto que lo asista que, normalmente, es la madre (o quién realice su función). Podemos decir que se encuentra en una situación de dependencia materna, que se reconoce como “estado de desamparo”, pues sin el adulto que lo ayude no puede sobrevivir. En tal caso, el bebé recurre al llanto o al grito para que se le asista, entendiéndose tales acciones como “llamada” (al Otro omnipotente, que puede aliviarlo).

Al mismo tiempo, el bebé es incapaz de diferenciar el “exterior” del “interior”, entre el yo y el no-yo (él mismo y su madre) y, paralelamente, su piel es extraordinariamente sensible, encontrando agrado en las caricias. Este contacto físico con el adulto resulta imprescindible para que el desarrollo se lleve a cabo con normalidad; algunos autores lo han llamado “apego” (Bowlby, Harlow). Al mismo tiempo, la caricia le sirve al bebé para poder definir sus límites corporales y, por consiguiente, para crear su incipiente “yo corporal” (separación yo-no yo). Este momento coincide con la etapa “oral” de Freud, donde la estimulación de la mucosa bucal es muy importante (placer con la succión). El niño se lleva todo a la boca, convirtiéndose esta en un órgano de reconocimiento del mundo.



El contacto interpersonal es fundamental para el desarrollo afectivo e intelectual del bebé, apareciendo la primera sonrisa en torno al tercer mes. La “angustia de separación” se presenta sobre el octavo mes: teme que si la madre desaparece de su vista, no volverá más a su lado. El primer año acaba con el

destete, teniendo el crío que adaptarse a este hecho singular (el segundo de los obstáculos de los que antes se habló; el primero era el parto).

12.3. La primera infancia (1 a 5-6 años).

Se trata de una etapa en la que se establecen los fundamentos del carácter, como veremos seguidamente.

12.3.1. El segundo año. La entrada en el 2º año se caracteriza por el desarrollo motor, gracias a la maduración neurofisiológica (mielinización de la vía piramidal); esta capacidad recién adquirida lleva al niño a poder desplazarse por la casa, aumentando su espacio vital antes reducido al regazo de la madre. Ello implica conseguir autonomía e independencia respecto a esta, pero también el descubrimiento de un mundo nuevo, que le resulta misterioso y sorprendente; de ahí que se produzca en él un afán por explorar e investigar, impulsándole a preguntar por todo lo que tiene a su vista. A esta etapa se la llama la “edad de las preguntas” (en torno a los 18 meses) e implica la aparición de la curiosidad infantil.

Estamos ante una cuestión bastante importante para el desarrollo ulterior de la criatura y que puede formularse de la siguiente manera: ¿qué hacer con la curiosidad infantil? La respuesta está cantada: estimularla cuanto se pueda y la actitud de los padres ante este asunto resulta fundamental. Intentar reprimir (por lo que quiera que sea) este aspecto conlleva la producción de adultos desinteresados o desmotivados (ya vimos algún caso).

Un ejemplo sobre cómo la curiosidad infantil se reprime, y que este fenómeno se ha producido mayoritariamente en el sexo femenino, es el siguiente: en una ocasión, trabajando en un Equipo de Salud Mental de Distrito, me dispuse a hacer terapia a una familia compuesta por el padre, la madre, una niña y un niño. Era un día nuboso y había llovido en Sevilla. Cuando entré en la sala donde estaban reunidos, el padre estaba mirando por la ventana y se le acercó el hijo, produciéndose el siguiente diálogo (H: hijo, P: padre):

H: papa ¿qué son las nubes?

P: Son condensaciones de vapor de agua entre dos capas de presión distintas.

H: ¿Por qué no caen al suelo?

P: Al ser tan ligeras, pesan menos que el aire y se mantienen flotando.

H: ¿Y los rayos, papá?”.

P: Pues mira hijo, las nubes se van cargando eléctricamente y la carga puede ser igual o diferente. Cuando se acercan dos nubes de carga

opuesta, una positiva y otra negativa, provocan un chispazo, lo mismo que viste como pasó cuando saltaron los plomillos en casa.

H: Gracias papá ¡cuánto sabes!

Mientras tanto, la niña observaba silenciosa la escena y, una vez concluida la intervención del niño, se acercó al padre, preguntándole: “papá, dime ¿qué hacemos en este lugar tan feo y tan blanco”. El padre respondió: “esta niña siempre está preguntando, ¡mamá, cógela!

Véase como, con esta respuesta, dada de manera automática, se está reprimiendo la curiosidad de la niña, mientras que se estimula en el niño.

En el segundo año también tiene lugar el desarrollo de la actividad simbólica por excelencia: el lenguaje. Esto sucede progresivamente, creando una secuencia característica: gritos → balbuceos → imitación de sonidos → comprensión verbal (hacia el final del 1^{er} año) → expresión verbal (entre 1-1,5 años). La adquisición del lenguaje resulta fundamental porque:

a) Ayuda al dominio del mundo. En el Génesis, míticamente se muestra cómo Dios le da a Adán la facultad para ir nombrando a cada una de las especies que se iba encontrando. Poseer el lenguaje es una manera de manejar el mundo mediante símbolos.

b) Impulsa el desarrollo intelectual. El aprendizaje infantil se facilita sobremanera desde que el niño puede hablar. Se añade que el lenguaje, al interiorizarse, es el precursor del pensamiento, como ya señaló acertadamente el psicólogo ruso Vygotski (1).

c) Favorece el contacto con los demás, por lo tanto, la socialización. En este sentido, gracias al lenguaje aprendemos a comportarnos en una comunidad mientras que, aquellos sujetos que se han criado al margen de sus semejantes, por accidente, abandono, escape, muerte de los padres, etc. (los llamados “niños ferales”, de los que tanto se ha escrito), nunca llegan a comportarse como seres humanos civilizados, ni tampoco van a desarrollar la inteligencia abstracta.

12.3.2. El tercer año. Las acciones (musculares) del niño sobre el medio que le rodea le producen una sensación de dominio sobre los objetos, los cuáles ahora se hallan a su merced. Se impulsa entonces el desarrollo del yo, basado en este poderío sobre el medio circundante, y de las correspondientes acciones, muchas de las cuáles pueden provocar resultados negativos (p. ej. meter el dedo en el enchufe, caerse por la escalera, romper un florero, tirar el vaso de leche al suelo, etc.), entendiéndose cualquiera de ellas como actuaciones impulsivas. De ahí, que sea este el momento preciso en el que tienen que aparecer las “normas”, que eran innecesarias antes debido a la pasividad e incapacidad del bebé. Las normas cumplen ahora las siguientes funciones:

1) Poner freno a los impulsos. En este sentido, lo que se le dice al niño contiene dos partes: el nombre del impulso y la partícula de negación, de la siguiente manera:

No pegues al hermanito	
Prohibición (“no”)	Nombre del impulso (“pegar”)

Esto hace que, progresivamente, vaya incorporando (subjektivando) las prohibiciones en su aparato mental, haciendo que las normas no sean solo “externas”, sino también “internas”.

2) Frenar la omnipotencia infantil. El niño cree que puede hacer lo que le dé la gana y eso le lleva a actuar sin ningún miramiento y sin pensar en las consecuencias de sus actos.

3) Poner límites a la fantasía. Las normas van imponiendo un sentido de realidad pues pretenden, en última instancia, que el niño se adapte a las circunstancias. Dicho de otra forma, colaboran en la creación del “principio de realidad”.

4) Crear una disciplina de esfínteres. Queda claro que las excreciones (orina, heces) no pueden derramarse en cualquier sitio, tienen que depositarse en lugares concretos, pero teniendo cierto cuidado (p. ej. si se sienta prematuramente al niño en el váter, al producirse el remolino de agua, siente miedo pues se lo podría tragar a él a continuación; por eso primero se utiliza el orinal). Estamos ante la freudiana etapa “anal”, en la que la zona erógena es el ano y el placer se asocia a la función excretoria (retención-expulsión); las heces, por otro lado, no tienen para el niño el sentido de desecho y, paralelamente, cuando salen estimulan la mucosa anal.

Las normas representan para el crío un nuevo obstáculo a superar, de ahí que no se acompañen de un automático cumplimiento; de hecho, se producen dos momentos bien diferenciados:

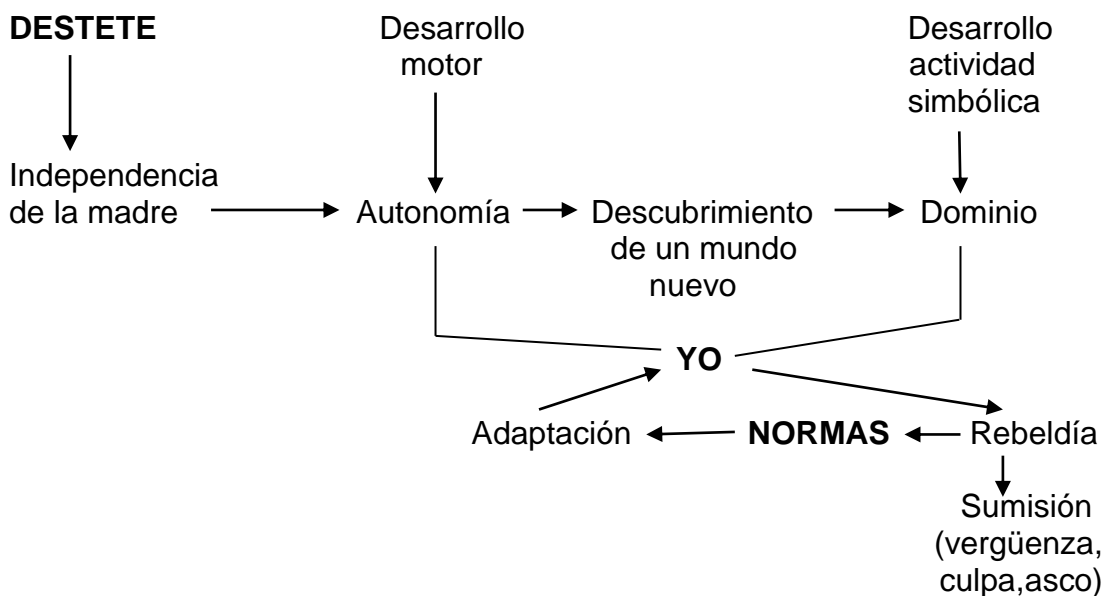
a) Primero provocan rebeldía, de manera que los niños se convierten en tercos, desobedientes, discutidores, hacen lo contrario de lo que se les pide (oposicionismo), etc. A este momento se le llama “primera pubertad” o “fase de la obstinación” y se debe al afán de independencia y a la autoafirmación de la que antes hemos hablado. Hace su entrada aquí el “no” del niño, que tiene que ver con los intentos de conservar su propia autonomía y no someterse.

b) Luego cambia de actitud, a la sumisión. De ahí que, cuando los padres afirman que su hijo de esta edad es insoportable, la indicación debe ser que se calmen, que no le riñan tanto porque se le pasará. La sumisión depende de que las normas terminan asumiéndose, lo que se produce gracias a que, a cambio de

su cumplimiento, obtienen el amor de sus padres (en las distintas formas de presentarse: aceptación, aprobación, regalos, alabanzas, etc.).

Se trata, también, de una etapa de avidez por imitar el comportamiento de los mayores (p. ej. se pinta los labios, coge la cartera del padre, se pone los tacones de la madre, etc.), un proceso que hemos estudiado con el nombre de “modelado” (ver “aprendizaje social” de Bandura).

Al asumir las normas, aparecen: la vergüenza, la culpa y el asco, que son diques contra ciertas desviaciones del desarrollo (las “perversiones”) y suponen una adecuada incorporación subjetiva de las normas. A continuación se presenta un grafo del 2º y 3º años:



12.3.3. Del tercero al sexto años. Ahora el crío va a adoptar una conducta más sumisa, entrando en una etapa llamada de “juego” o “socialización”. Se produce entonces un interés por los órganos sexuales, recurriendo a tocamientos (masturbación infantil), que son fuertemente reprendidos por los adultos (normas).

Una paciente de 32 años cuenta en la consulta un diálogo que sobre esa edad tuvo con su madre (P: paciente, M: madre):

P: Mamá, si aprietas aquí sientes gusto.

M: Tú lo que tienes que hacer es dejar las manos quietas.

También recurren a espionajes de los adultos y, tarde o temprano, descubren las diferencias físicas entre niño/a (o entre hombre/mujer). Para obtener más detalles sobre este asunto, realizan lo que Manoní llamaba “juegos de información anatómica” (p. ej. médicos, enfermeros, etc.). Veamos un ejemplo:

Una paciente comenta en la consulta que, cuando era pequeña, jugaba con sus amiguitos (niños y niñas) en un lugar oculto, el cuartito de la azotea, y lo hacían de la siguiente forma: colocaban una manta en el suelo y, sobre ella, alternativamente, se iban tendiendo cada uno de sus amiguitos. Al que le tocaba, le tapaban los ojos y le bajaban las braguitas o los calzoncillos y los demás empezaban a acariciarlo por todas partes. Luego, el siguiente ocupaba ese mismo lugar. Véase que tales actuaciones las realizaban fuera de la vista de los padres dado que, si estos lo hubieran descubierto, hubiesen actuado en consecuencia.

Como a esa edad es imposible entender el por qué de las diferencias, lo que no conocen lo rellenan con la imaginación, apareciendo las llamadas “teorías sexuales infantiles”. Estas se muestran con cierta frecuencia en las sesiones de psicoterapia con adultos, sin proponérselo y en el momento en que abordan el pasado.

Paralelamente, surge el “complejo de Edipo”, del que ya se habló, y en el que el niño se ve introducido en las veleidades del momento (celos, deseo de estar con uno de sus progenitores, rivalidad, admiración, etc.). Es un momento propicio para los cuentos que son la manera que los niños tienen de aprender a resolver los conflictos propios de su edad y de adquirir los valores de la cultura. En ellos se muestra: un personaje, un asunto en el que este se ve envuelto y que tiene que resolver y la solución al problema. Si observamos bien la estructura del cuento, plantea lo que hemos llamado “aprendizaje vicario” (ver capítulo 4º, libro 1º). Como ejemplo, diremos que el cuento de “Juan sin miedo” muestra el rol clásico para un chico (no tener miedo, ir desarrollando una actitud protectora, etc.). En cambio, el de Blancanieves muestra el Edipo en la niña, de manera el personaje vive un conflicto con su madre (la “madre mala” = madrastra, que es la perseguidora) y la salida del conflicto que la propulsa a la exogamia (unirse a un hombre externo al círculo familiar = el príncipe). Esto explica que los niños que atraviesan este momento estén continuamente pidiendo que se les relate el mismo cuento, una y otra vez; se debe a que obtienen la satisfacción de saber que existe una salida para lo que les está sucediendo.

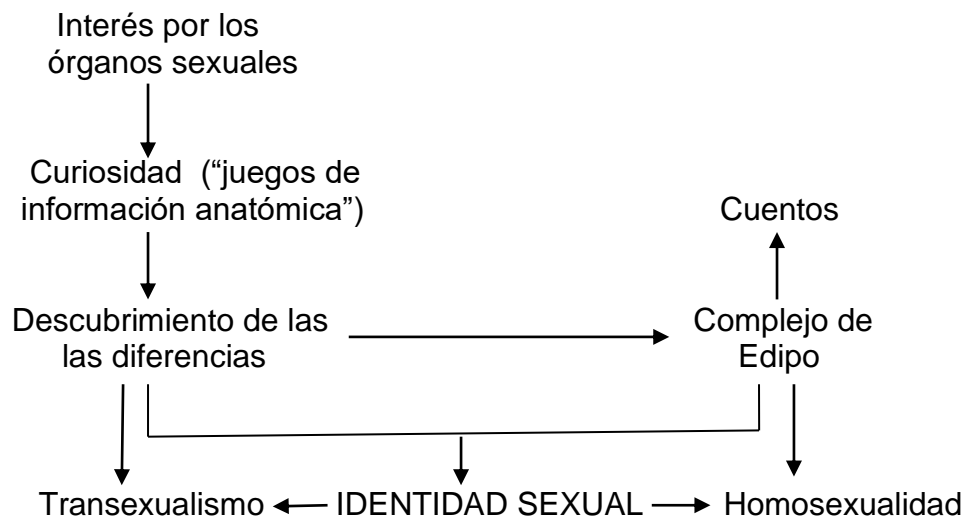
Bruno Bettelheim ha tenido el mérito de escribir un texto, titulado “Psicoanálisis de los cuentos de hadas” (2), en el que estudia estas narraciones clásicas advirtiendo del propósito inconsciente que tienen.

Al final de esta etapa se consigue la “identidad sexual”, un aspecto fundamental en la formación del carácter, que se sostiene sobre dos pilares:

-La “identidad” con el órgano que le ha tocado en suerte; para ello ha de darse la aceptación de los genitales que posee. Cuando se altera esta dimensión, aparece el “transexualismo” donde el niño, desde pequeño, odia sus órganos al tiempo que desea tener los del sexo contrario. Así, en el transexualismo

masculino se observa como el niño maltrata su pene, le da golpes, dice que no lo quiere tener, se da contra las paredes, etc.; cree que este órgano no es el que le corresponde.

-La "identificación" con el progenitor del mismo sexo, otorgándole un papel y sus correspondencias (ser como el padre o como la madre). Cuando se desvía este proceso, tenemos la "homosexualidad", donde la identificación se da con el progenitor del sexo opuesto (se habla del "Edipo inverso"). Esto no quiere decir que la homosexualidad sea patológica, entiéndase bien.



12.4. La segunda infancia (6 a 11-12 años).

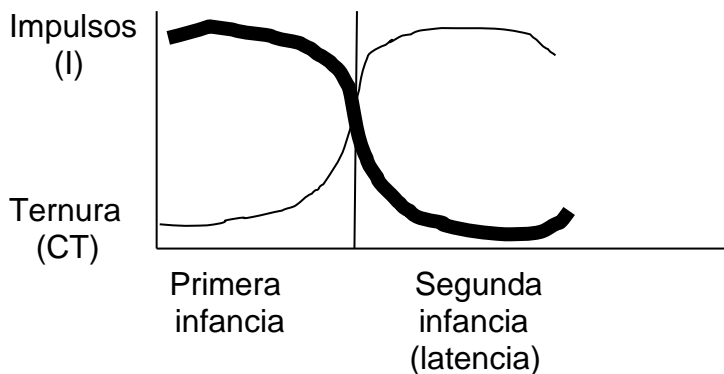
12.4.1. De los seis a los nueve años (niñez media). En este momento tiene lugar la resolución de la situación edípica, entrando en lo que hemos llamado antes "latencia"; vamos a intentar explicar un poco más en qué consiste esta etapa. En la evolución psicológica infantil se dan dos aspectos que, en principio, se encuentran separados:

a) la corriente de ternura (CT), relacionada con la capacidad del niño (o del adulto) de tener sentimientos cariñosos hacia los demás y

b) los impulsos (I) que son actos acéfalos, en los que no existe pensamiento alguno.

Durante toda la primera infancia, los impulsos se encuentran elevados mientras que la corriente de ternura está baja; eso hace que sean egocéntricos, impulsivos, pendientes solo de su propia satisfacción, no piensan en los demás, orgullosos, etc. En la segunda infancia, debido a la declinación del complejo de Edipo, la curva se invierte y los niños se tranquilizan, haciéndose cariñosos y tiernos. Ello posibilita, como veremos, el aprendizaje, la escolarización y la

integración en el medio social, si bien no siempre se van a producir estos efectos beneficiosos.



Esta inversión es completamente necesaria para que se produzcan los fenómenos propios de la segunda infancia, como es la escolarización. En este punto del desarrollo hallamos una disminución de los lazos de dependencia de la familia, pudiendo separarse de la misma (generalmente, con dificultades al inicio) y acceder a la escuela. Con esta acción, el niño sale de un medio conocido y seguro para entrar en otro completamente desconocido, pero que va a proporcionarle notables ventajas, como son:

1º) El desarrollo intelectual.

2º) La socialización que, al principio, puede ser complicada para algunos (sobre todo para aquellos que les cuesta separarse del medio familiar). Si se consigue, se amplía el universo infantil antes ceñido a la familia, en cuyo caso:

-Se descubre la diversidad. En la familia existe cierta monotonía, pues los padres tienen una ideología determinada con la que educan a sus hijos (p. ej. son católicos practicantes) y ahora se encuentra con otros niños cuyas familias tienen otras creencias diferentes (p. ej. son ateos, islamistas, comunistas, protestantes, etc.).

-Tiene que aceptar la igualdad. En su grupo familiar era el centro y ahora en la clase es uno más, lo que supone una derrota al egocentrismo.

-Aprende a establecer relaciones de cooperación, siguiendo las normas grupales (p. ej. hoy te dejo a ti un cuaderno, mañana tú me prestas un bolígrafo; tú me ayudas con los problemas de matemáticas y yo te ayudo con el resumen del libro).

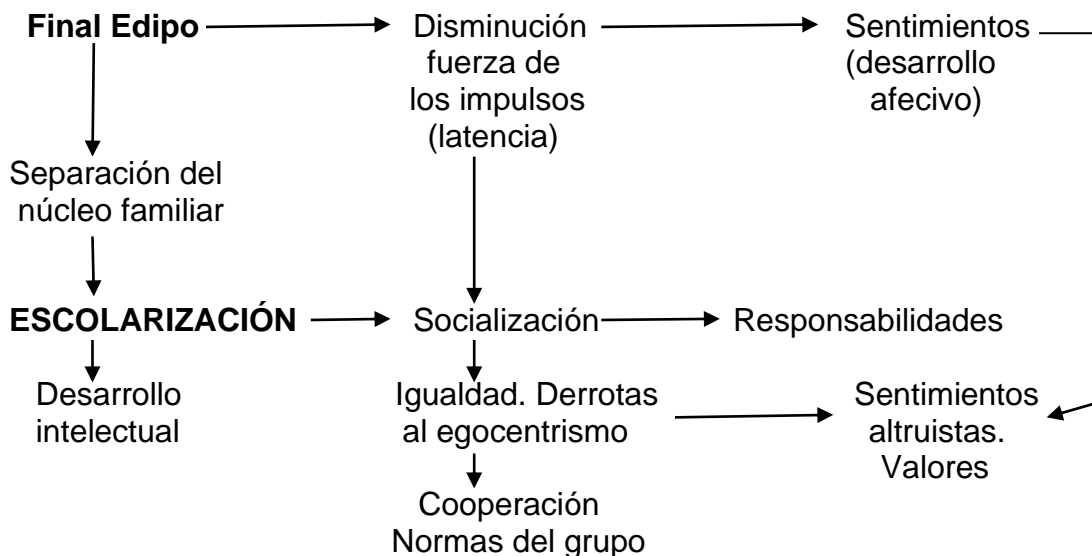
-Aparecen las responsabilidades. Va a experimentar lo que es el esfuerzo y el trabajo; a partir de este momento las responsabilidades irán creciendo hasta llegar a la adultez (la veremos en el capítulo próximo).

La escolarización supone un nuevo reto en el desarrollo, pero como contrapartida va a favorecer la sublimación, ya que en este preciso instante se asimilan las claves de la cultura a la que se pertenece, transmitidas por los educadores; se aprende la historia de la comunidad a la que se pertenece, las costumbres, las actividades de recreo –teatro, música, cine, etc.-, literatura, modos de comportarse, política, etc. Si el chico no aprovecha este momento altamente productivo, la pérdida puede resultar irreparable, lo que ocurre cuando no se va a clase, se hace rabona, se bebe alcohol o fuma porros, se reúne con amigos en horas lectivas, etc. Cuando se dan estas circunstancias particulares, es posible que el niño siga una vida dedicada a los impulsos, no produciéndose la inversión de la curva que vimos antes; las personalidades psicopáticas abundan entre estos sujetos.

Hay que considerar, también, en esta etapa los juegos, que intervienen en el proceso de socialización, separándose dos tipos:

-Los imitativos, con los que aprenden los comportamientos de los adultos y siguen las normas de estos (p. ej. jugar a la familia, donde se distribuyen los distintos roles: el papá, la mamá, el nene, etc.).

-Los competitivos. En ellos los niños ponen sus propias reglas (p. ej. no pegar, respetar, no hacer trampa, etc.) e, incluso, pueden imponer castigos ejemplares (p. ej. el que hace trampa es expulsado automáticamente del grupo).



12.4.2. De los nueve a los doce años (niñez tardía o preadolescencia). Aquí tiene lugar una selección de compañeros entre la diversidad en la que se encuentra y, sobre todo, los dos sexos se separan, debido a la existencia de incompreensión entre los mismos; hay que reconocer cierta angustia ante la proximidad al otro sexo. Al mismo tiempo, el grupo va sustituyendo

progresivamente al medio familiar (tendencia a la “exogamia” o ruptura con la “endogamia”).

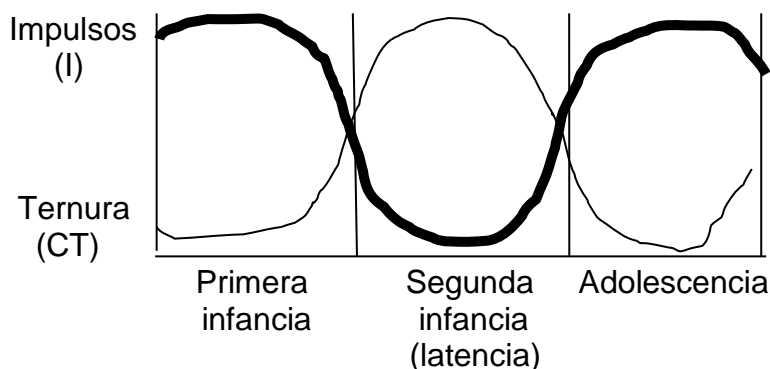
Muy importante en este momento es la internalización de las experiencias educativas, obteniendo un sistema de valores (si ha sabido aprovechar la etapa anterior, claro). Progresivamente, va obteniendo una identidad personal (“personificación”) que culminará en la siguiente etapa.

Se produce un desarrollo notable de la capacidad intelectual, ya que se alcanza la última etapa descrita por el psicólogo suizo Jean Piaget (las “operaciones formales”), que es cuando se llega al pensamiento abstracto o conceptual. La etapa anterior se relaciona con un modo de pensar concreto (“operaciones concretas”).

12.5. La adolescencia.

Estamos en la etapa de transición de niño a adulto, que se caracteriza por una marcada crisis endocrina. De nuevo, asistimos a una inversión de la curva expuesta anteriormente, que constaba de impulsos (I) y de corriente de ternura (CT). El adolescente, en esta línea, aparece como: egocéntrico, impulsivo, terco, no considera lo que le dicen, cree que siempre tiene la razón, quiere hacer su voluntad, etc.; esta manera de comportarse ocasiona conflictos frecuentes en los medios familiar y social.

En la adolescencia hay que tener en cuenta los duelos (pérdidas), ya que se trata de una etapa de cambios vertiginosos, y también la dirección que toma el chico que se ve impulsado a salir fuera del hogar; ello ocasiona una nueva ampliación del espacio vital. La proyección hacia el exterior hay que entenderla como una “exogamia”, que conduce al adolescente a buscar contactos externos al hogar familiar.



Se distinguen varias subetapas en la adolescencia, que pasamos a describir:

12.5.1. La adolescencia temprana (12-15 años). Tiene lugar un cambio en el plano biológico, produciéndose modificaciones bruscas asociadas a la pubertad (12 años en chicas, 14 años en chicos). Aparecen entonces los

“caracteres sexuales secundarios”, que ocasionan el dimorfismo físico entre los dos sexos (voz grave/aguda, distribución característica del vello corporal, desarrollo osteo-muscular, etc.) junto a las eyaculaciones y las reglas. En la actualidad asistimos a un adelanto notable de estos sucesos debido al menos a dos razones: a) una mejor alimentación (dietas ricas en proteínas) y b) la presencia de más estímulos eróticos en el medio (p. ej. anuncios con imágenes sexuales, desnudos, videos, pornografía a la que fácilmente puede acceder, etc.).

El duelo (lo que se pierde) es el cuerpo infantil, debido a la transición brusca a una forma física adulta. El adolescente tiene que aceptar que nunca más será un niño y que el camino que sigue es hacia la adultez. Esto no siempre se asume adecuadamente, existiendo individuos que no soportan la pérdida y pueden tener problemas, como es el caso de la anorexia nerviosa (sobre todo en chicas) con la que se pretende seguir teniendo un cuerpo de niña (no aumentan de estatura o de peso, no aparece el vello púbico, no crecen las mamas, no tienen lugar las reglas, etc.). Relacionado también con estos cambios pueden presentarse esquizofrenias de comienzo precoz.

El pensamiento es de carácter mágico: todos los problemas se van a arreglar sin esfuerzo alguno por su parte. Existen diferencias entre los chicos y las chicas, de manera que los primeros son más pequeños y pasivos (se desarrollan más tarde) y retienen lo femenino (sumisos, tímidos, inhibidos, inseguros, etc.). Entre tanto, las chicas son más grandes y activas, retienen más lo masculino (fuertes, seguras, poderosas, atrevidas, invasivas, etc.). Peter Blos (3), un gran estudioso de la adolescencia, las llama “amazonas”, en alusión a este pueblo mítico formado exclusivamente por mujeres que, además, eran guerreras. En este momento evolutivo continúa la separación de los dos sexos.

12.5.2. La adolescencia media (15-17 años). Las modificaciones se producen a nivel psicológico y tienen que ver con la reaparición de la conflictiva edípica y sus significaciones, como vamos a comprobar. El duelo (pérdida) se asocia a los padres de la infancia; ahora el joven va a desplazar la problemática que tenía con los padres (endogamia) al medio social (exogamia), alejándose de aquellos, de manera que:

-Aparecen nuevas identificaciones (músicos, cantantes, profesores, actores, etc.). Los posters que el adolescente coloca en su habitación tienen que ver con este extremo.

-La rebeldía que mostraba antes en casa, ahora se dirige contra las normas imperantes en el medio y la autoridad. Se forman pandillas y pueden desarrollar conductas antisociales que no deben entenderse como patológicas sino propias de la etapa (pequeños robos, peleas, conflictos con la policía, etc.); de ahí que se hable de la “segunda edad de la obstinación” o “edad del pavo”.

Un chico de 16 años que acude a consulta, pretende ser miembro de pleno derecho de una pandilla, pero tenía que hacer algo que no estuviera permitido: una gamberrada de “libre elección”. Esta exigencia le produjo un gran conflicto, ya que la solicitud iba en contra de sus propios principios, pero tenía mucho interés en ser aceptado por el grupo. Le dieron algunas ideas, basadas en acciones que sus compañeros habían realizado antes (p. ej. empujar a una vieja, asustar a otra, levantarle la falda a una chavala, quitarle la cartera a un escolar y tirarla en otro lugar, etc.). Eran solo sugerencias porque la solución tenía que ser “creativa”. Finalmente, optó por pasar junto a unos veladores y volcarle la cerveza a una señora que se encontraba sentada junto a otra y salir corriendo calle abajo. Dicha acción fue aplaudida por sus compañeros, motivando su inmediata aceptación.

-Enamoramientos imaginarios o con poco sustento en la realidad (del profesor, la cantante, el médico, la actriz, etc.).

El pensamiento es mesiánico: arreglar el mundo sin saber aún como es. En cuanto a la diferencia de sexos, las chicas se feminizan (desaparecen los rasgos fálico-narcisistas), mientras los chicos hacen lo mismo con la masculinidad. Aún así, existen muchas dificultades en la aproximación entre los sexos, existiendo un gran temor a la intimidad (a la vez que se desea, se teme). Ciertamente, en las distancias cortas es donde “uno se la juega” y lo que se teme es la “herida narcisista” (pueden despreciarte, abandonarte, desilusionarse contigo, rechazarte, etc.). De ahí que existan defensas poderosas que se ponen en marcha para evitar la proximidad con otra persona, como son: la intelectualización (ser aplicado/a y sacar notas excelentes) o la promiscuidad (pasar de un “rollo” a otro).

Resta decir que, en esta etapa, se definen la orientación sexual y el objeto de amor (si tenemos en cuenta lo dicho antes en relación a la infancia, en realidad se redefinen), abandonándose las posiciones indefinidas de las etapas previas.

12.5.3. La adolescencia tardía (17-18 años). En este caso los cambios se dan en el plano social, donde priva la relación interpersonal, siendo muy importante la inserción dentro del grupo y la obtención del reconocimiento de los demás.

El duelo es por el rol infantil, de manera que ahora prima hacerse cargo de las responsabilidades, siendo capaz de realizar compromisos y de ser solidario con los demás. Téngase presente que, en este preciso instante, es cuando el/la chico/a tiene que elegir la profesión que va a desempeñar el resto de su vida; ello explica que muchos se queden paralizados ante esta (grandísima) responsabilidad y repitan curso, inician estudios que luego abandonan para pasar a otros o continúen realizando grados universitarios indefinidamente.

El pensamiento es creador, sustentado en la inteligencia abstracta (no concreta) y en la posibilidad de contemplar nuevas posibilidades para problemas

viejos. Chicos y chicas tienen que acceder ahora a la genitalidad adulta, lo que supone, en el mejor de los casos, lograr una confluencia de la ternura (CT) y los impulsos (I), que no pueden continuar separados. Se trata, como veremos en el próximo apartado, de un requisito indispensable para acceder a la madurez que posibilita una mayor capacidad para el acercamiento y el acceso a la intimidad.

La adolescencia concluye con el logro de la identidad adulta, que supone dar una respuesta a las siguientes preguntas: ¿quién soy? ¿qué quiero hacer? ¿de qué soy capaz? No basta con definir el deseo propio, sino también cuáles son los límites (p. ej. si soy una persona tímida o poco sociable, no puedo pretender llegar a ser político o líder carismático).

ETAPA	Cambios	Duelo	Pensamiento
A. temprana (12-15 años)	Biológicos	Cuerpo infantil	Mágico
A. media (15-17 años)	Psicológicos	Padres de la infancia	Mesiánico
A. tardía (17-18 años)	Sociales	Rol infantil	Creador

12.6. La adultez.

La adultez supone la culminación del ciclo vital evolutivo que implica una independización progresiva, al tiempo que se asumen los deberes y las responsabilidades que una cultura prescribe para un individuo inscrito en ella. No se trata de un momento puntual del desarrollo, sino que supone un conjunto de modificaciones sucesivas conocidas como “maduración”. Este término alude a un proceso complejo que cuenta con dos elementos engarzados:

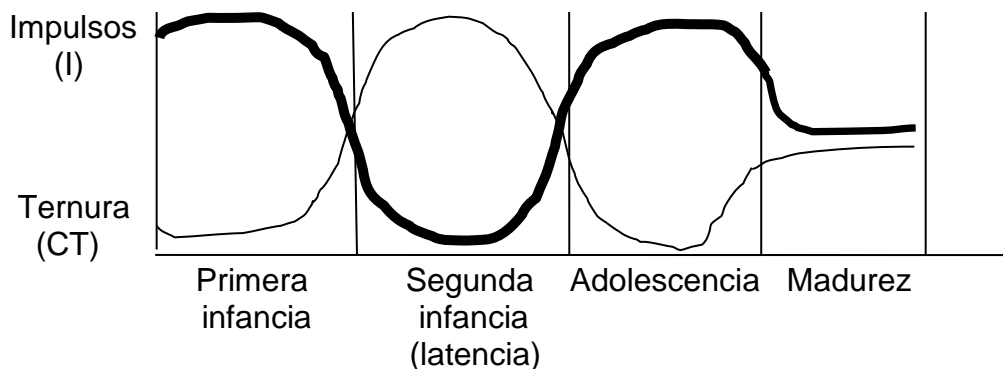
12.6.1. La maduración afectiva. Tiene que ver con la integración de las dos corrientes de las que antes hablamos: “impulso” y “ternura”, lo que permite crear una relación sentimental más real y no tan trastocada por el imaginario, como son los enamoramientos adolescentes, plagados de fantasía y sostenidos meramente en las características físicas (imagen). La pareja adulta se escoge en relación a ciertas similitudes que permiten la construcción de un proyecto común. Los amores “excesivamente románticos” y poco realistas no van a ninguna parte y pertenecen más a la literatura y al cine que a la realidad. Las típicas “muertes por amor”, que nutren los textos de poetas y literatos pertenecen al territorio de la pasión, no de los sentimientos.

Una paciente de 35 años acude a consultar, tras una vida sin formar ninguna pareja estable. Especifica: “yo solo he tenido algunas historias de amor que no me han producido ninguna satisfacción”. A lo largo de las sesiones se percató de que siempre ha buscado una relación sentimental que fuera “como en las películas” (es una gran aficionada al cine

romántico). Al mismo tiempo, se da cuenta de que ha buscado algo que “no está en este mundo” (el hombre romántico que se dedique solo a ella, que tenga todas las atenciones del mundo, que se vuelque en ella, etc.). Dado que su búsqueda ha sido infructuosa, al basarse en un “ideal”, no ha podido estabilizarse en ninguna relación, dado que “siempre faltaba algo”.

Las relaciones de pareja proporcionan estabilidad al adulto, dado que son creaciones sentimentales. Al mismo tiempo, la adultez desde el punto de vista afectivo, supone lograr ser independiente progresivamente de los demás, es decir, romper lazos de dependencia; esto hace que los términos “relación estable” y “dependencia sentimental” no tengan nada que ver entre sí.

Este proceso no siempre se logra satisfactoriamente y, de hecho existen muchos individuos que se mantienen durante la adultez con una alza en los impulsos (I); se trata de personas que seguirán sin completar el proceso madurativo, realizando comportamientos propios de los adolescentes (caprichosos, irresponsables, promiscuos, donjuanes, etc.).



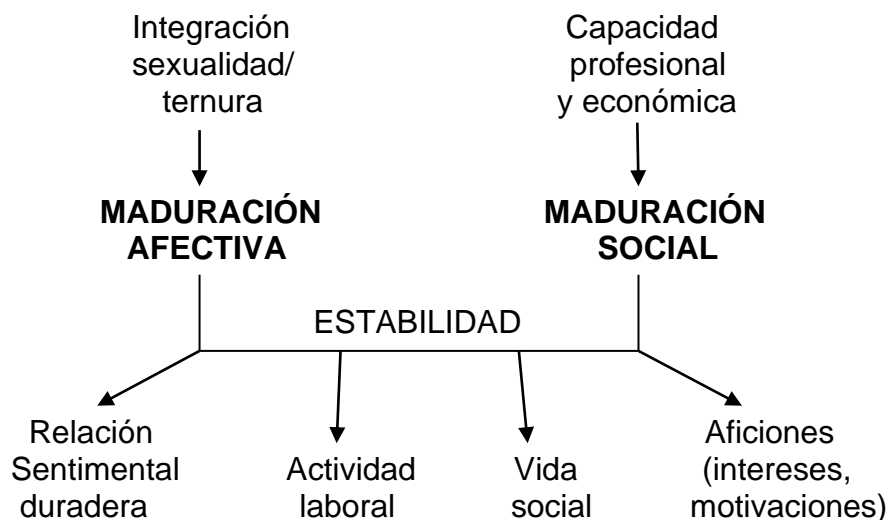
12.6.2. La maduración social. Supone hacer frente a las exigencias planteadas por la sociedad, quiere decir asumir los deberes y responsabilidades que nos corresponden, que se sintetizan en: una práctica profesional y vivir de los propios recursos. Freud decía que la persona adulta es aquella que “tiene capacidad para amar y para trabajar”, frase con la resume perfectamente la unión de estas dos corrientes (afectiva y social).

Resulta curioso el cambio social que se ha dado en los últimos tiempos respecto a la maduración social. Hace décadas, al final de la adolescencia, los muchachos empezaban a trabajar en el campo y se hacían productivos rápidamente, se casaban jóvenes y tenían hijos muy pronto. Eso hoy en día es impensable, dado que hay que terminar los estudios y sacar una plaza fija, de manera que los jóvenes resultan una carga para sus familias, al tener que mantenerlos durante todo ese tiempo y, como consecuencia (socio-cultural), la natalidad ha descendido, pues sale muy caro sacar a un hijo adelante con los recursos económicos limitados (esta es una de las razones, aunque no la única).

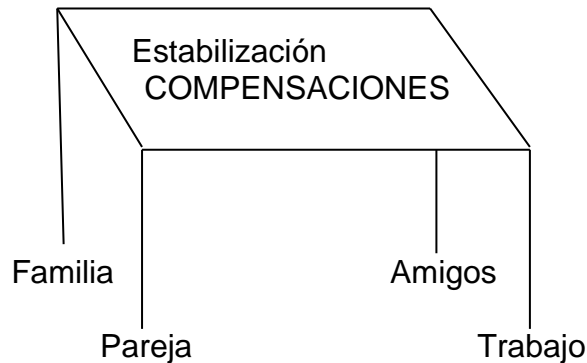
Antiguamente, era distinto porque, mientras más hijos se tenían era mejor, dado que había más mano de obra para levantar el patrimonio familiar.

En consecuencia, la maduración, fenómeno contrario a la necesidad de dependencia (afectiva, social, económica, etc.), se está lentificando en las últimas décadas y con ello, prolongando la adolescencia que, según los expertos, concluye más allá de los 25 años. Los motivos son los siguientes: alargamiento del proceso de aprendizaje, acortamiento del periodo de productividad laboral y sobreprotección de los hijos (actualmente se asiste a un “filiarcado”: el hijo es el centro del sistema familiar). Hay que introducir en esta ecuación una última variable: la existencia de un largo proceso de formación, que provoca el frenado en seco de la independencia, se hace posible gracias a que ha aumentado la esperanza de vida. Así, si una persona muere a los 45 años (como ocurría antaño), tenía que empezar antes a trabajar y, si ahora vivimos 85 años (o más), podemos permitirnos el lujo de prologar la etapa de formación. Este cambio depende de la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias (se han vencido ciertas infecciones y el hambre, que diezaban la población, y la medicina cuenta con mejores conocimientos y recursos). Finalmente, decir que las etapas que venimos describiendo pueden alargarse o acortarse dependiendo de los factores socio-culturales y socio-sanitarios.

Véase que la madurez también se define como un fenómeno de creación, que se inició en momentos anteriores del desarrollo y que implica establecer lazos con la realidad externa, de manera que el sujeto pueda tener elementos pertenecientes a aquella, en los que poder agarrarse. Cuando esta construcción no se ha producido o no ha funcionado, decimos que la persona se encuentra “vacía”, teniendo muchas más posibilidades de ser presa de los impulsos. El siguiente grafo muestra la estabilidad consecutiva a la creación de “agarraderas” (de carácter sentimental, capítulo 8º) con el medio:



La “regla de la mesa” plantea una serie de elementos sobre los que agarrarse (familia, pareja, amigos o vida social y trabajo) y un sistema dinámico de compensaciones. A título de ejemplo: si una persona no tiene ni pareja, ni tampoco trabajo, se sostendrá inexorablemente en la familia y en los amigos; si tampoco los tiene, la familia será su único sostén. Evidentemente, el tablero de la mesa tiene que estar firme y, para lograrlo, se engruesan las patas restantes (en el último caso, la “pata” de la familia tendrá que ser gordísima para poder aguantarlo).



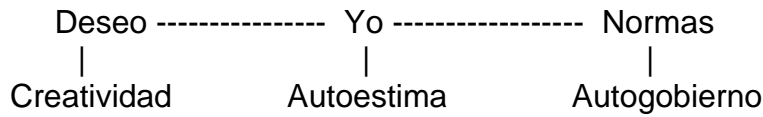
Al mismo tiempo, la madurez se caracteriza por el sentimiento de satisfacción ante la vida, tratándose este de un signo de salud mental, lo que supone un equilibrio de los tres elementos de la personalidad que ya definimos (ver capítulo 11º): el “deseo”, el “yo” y las “normas” y, desde cada uno de ellos, desarrollar respectivamente: la “creatividad”, la “autoestima” y el “autogobierno”:

-La “creatividad” supone emplear el pensamiento racional y la inteligencia para no repetir, consiguiendo renovar constantemente la vida diaria. A título de ejemplo, diremos que existen personas rutinarias, que todos los días hacen lo mismo (comen y se acuestan a la misma hora, acuden a los mismos bares, hablan de los temas de siempre, etc.). Ser creativo implica buscar nuevas alternativas, para innovar y no tener la sensación de monotonía y de aburrimiento. Actuar así no significa ser inestable sino, simplemente, en la línea de uno, poder contemplar otras posibilidades.

-La “autoestima” es un sentimiento que puede mantenerse sin demasiadas alteraciones si la persona es capaz de conocer sus capacidades y aceptar sus limitaciones, bajando los altos niveles de exigencia. Ello implica no intentar realizaciones que estén fuera de alcance propio; de actuar así se produciría un malestar característico en forma de ansiedad y la caída de la autoestima por no estar a la altura.

-El “autogobierno” tiene que ver con tener las propias normas y valores sin dejarse tiranizar por las impuestas desde fuera. No significa ser transgresor, sino simplemente no plegarse a todo lo que el medio social dicta (p. ej. vestir de una manera de acuerdo con la moda, celebrar todas las fiestas de la ciudad y no

poder hacer otra cosa, seguir todas las tradiciones a rajatabla, tener que hacer regalos en Navidad o acudir a todas las celebraciones familiares, etc.).



En la mitad de la vida (sobre los 40-45 años, aproximadamente) se produce una crisis que implica una evaluación de lo conseguido y, si lo que se había propuesto hacer se ha logrado, y también de cómo se ha llegado a ciertos conflictos que muestran una clara tendencia a la repetición. Significa que el imperio de la realidad ha ganado la partida a la fantasía, característica de las etapas anteriores (infancia y adolescencia). Al mismo tiempo, se plantea lo que queda por vivir y el final de la vida (la muerte). La satisfacción, en este complejo instante, implica aceptar lo que uno ha conseguido con el esfuerzo, sin demasiados autorreproches, relacionados “lo que se ha hecho mal” o “lo que se ha dejado de hacer”; conviene ser (auto)tolerantes, pensando que no siempre las cosas salen conforme se había proyectado.

12.7. La vejez.

Entramos en la última etapa de la vida, lo que se ha llamado “ciclo vital involutivo” (4), que abarca desde los 65 a los 80 años. Se trata de un momento muy importante a tener en cuenta, dado que estamos asistiendo a un aumento de la edad de la población. A tanto llega que, se calcula que en 2050 el 30 % de la población estará compuesta por mayores de 65 años; de ahí que se hable de la “sociedad de la longevidad”. Ello implica que el profesional sanitario en un futuro próximo tendrá que asistir a una alta población de pacientes mayores.

La senectud se caracteriza por el “envejecimiento”, el cual no puede considerarse una enfermedad, sino un proceso funcional normal. Se entiende como el conjunto de efectos adversos del paso del tiempo sobre cualquier organismo vivo y, si tenemos en cuenta al ser humano, implica una disminución de las capacidades, junto a la aparición de compensaciones, que intentan paliar los efectos de aquella. Puede formularse como (Ca: capacidades, Co: compensaciones).

$$E = \blacktriangledown Ca + \blacktriangle Co$$

Esto viene a indicar que, el hecho de que disminuyan las capacidades, no implica ser inútil o inservible, porque van a producirse dichos mecanismos compensatorios. De hecho, Marco Tulio Cicerón, en su obra *De senectute* (Acercas de la vejez) (5) hace una apología de la vejez, no dándole importancia a la pérdida de las capacidades en los ancianos. Esta obra sorprende bastante porque representa un canto a la vejez en una sociedad, como Roma, tan severa con los

ancianos; por otra parte, es de gran actualidad ya que atribuye los defectos achacados a la edad al propio individuo y no a la vejez en sí misma.

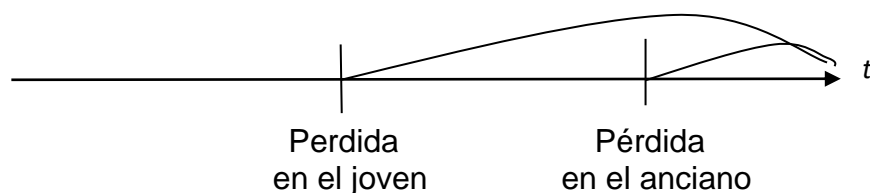
Ciertamente, como se llega a este momento de la vida, va a depender de la propia persona, más que de los fenómenos biológicos en sí mismos. Si continúa activa (física y mentalmente), va a desarrollarse un sistema de compensaciones brillante y va a cumplirse el eslogan tan conocido de los programas actuales de salud: es mejor “añadir vida a los años” que “años a la vida”; con ello se pone el acento en la calidad de vida del anciano, donde su psicología es fundamental.

Respecto a la psicología del anciano, tenemos que estudiar dos apartados:

12.7.1. Las características situacionales y afectivas del anciano.

Consisten, sobre todo, en las pérdidas; de hecho a esta etapa de la vida se la conoce como “edad de las pérdidas”; el anciano va a perder cosas que antes ha tenido y que han sido valiosas para él. A este fenómeno hay que añadir una visión del futuro sin ilusiones al no poder rehacer su vida como lo haría un joven; así, no es lo mismo perder una pareja a los 30 años, que queda mucha vida por delante, que a los 70, momento en el que las posibilidades son más limitadas. La pérdida en el adulto joven implica poder rehacerse con más facilidad, pero en el anciano es más difícil (menos tiempo y menos capacidades).

Aunque ya hemos visto que, en edades anteriores, también hay pérdidas (recordemos los “duelos” de la adolescencia) es en la tercera edad cuando las pérdidas son más deletéreas debido a las condiciones expuestas antes.



En el siguiente cuadro se muestran las distintas situaciones y las pérdidas asociadas:

SITUACIÓN	PÉRDIDA
Jubilación	Actividad laboral
Cambio de rol en los medios familiar y social	Protagonismo social y familiar
Economía	Poder adquisitivo
Muertes	Objeto de amor, compañía, apoyo social
Separación de hijos	Nido vacío
Modificaciones físicas	Capacidades, atractivo
Enfermedades	Salud

Evidentemente, la pérdida es más importante cuando tiene que ver con los intereses del sujeto y sobre qué se ha organizado la existencia (p. ej. si una mujer ha construido su vida sobre sus hijos, la pérdida que más va a acusar es la independencia de estos; si un hombre ha basado su existencia en el dinero lo que más va a sentir es la pérdida del poder adquisitivo). Esto da lugar a una vulnerabilidad particular de cada individuo.

12.7.2. Las compensaciones. Antiguamente, cuando se describía la psicología del anciano, se tenían más en cuenta los defectos de este, en cuyo caso se trataba de una psicología “predemencial” (camino del deterioro cognitivo). Hoy en día el sentido que se le da a esto es diferente, ya que el declive se puede relentizar (sobre todo si la persona se mantiene activa física e intelectualmente) y el ejemplo lo tenemos en la gran cantidad de artistas, científicos y escritores que realizaron sus mejores obras siendo bastante mayores (Platón, Miguel Ángel, Galileo, Tiziano, El Greco, Goethe, Goya, Verdi, Plinio el Viejo, Picasso, etc.).

Conocemos muchas compensaciones, pero solamente se van a exponer las más demostrativas:

-La pérdida de memoria se suple con la experiencia vital; suele decirse “más sabe el Diablo por viejo, que por ser el Diablo”.

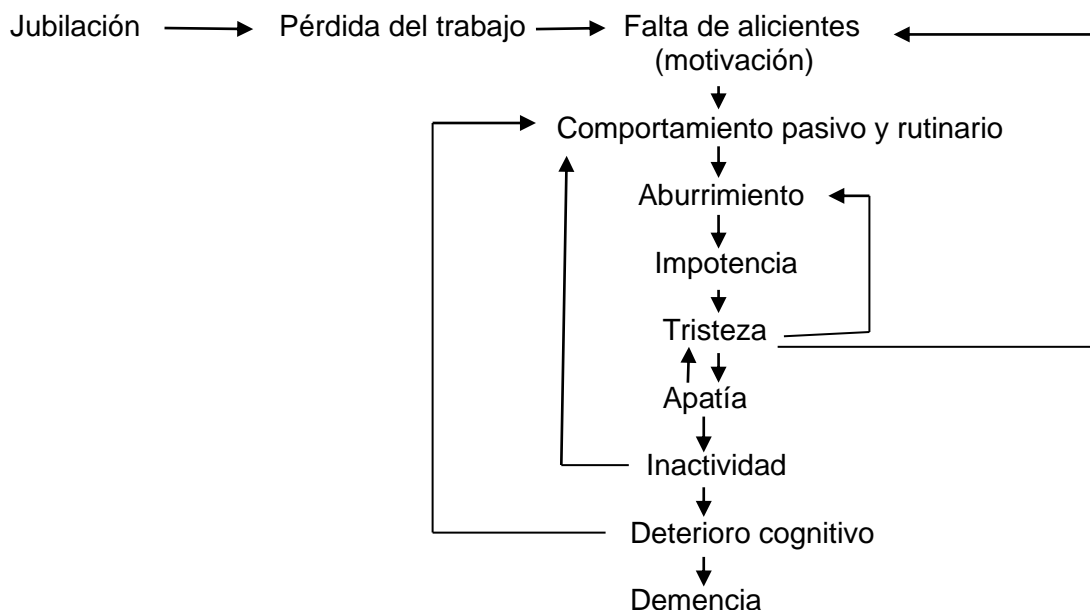
-La falta de interés por lo nuevo, se compensa con darle más valor a los recuerdos. Esto se debe a que el futuro se le representa mentalmente al anciano como algo incierto y/o desolador (incapacidad, enfermedad, decrepitud o muerte), de ahí que se refugie en el pasado en el que se hallan los sucesos acaecidos. Debido a ello, suelen ser conservadores y dan mucho valor a las tradiciones; por eso, precisamente, se constituyen en la “memoria familiar”. Este fenómeno también tiene un efecto favorable sobre la pérdida de la memoria, ya que se intenta conservar lo vivido.

-La ausencia de futuro, se suple con el refugio en el pasado. El anciano intenta restaurar el narcisismo perdido en el presente (las “perdidas”: capacidad, encanto, papel social, amistades, etc.), de ahí que recurra a idealizar el pasado, constituyéndose como un pasado “glorioso”, que cuenta una y otra vez (las famosas “batallitas” del abuelito). Esto se debe, como decimos, a la falta de expectativas de futuro, debido a la inevitable presencia de la muerte, entonces es mejor mirar hacia atrás deformando un poco lo ocurrido.

-Los cambios externos (situacionales), productores de inquietud e incertidumbre, llevan a afianzar ciertos rasgos del carácter (p. ej. si de joven era “ahorrativo” ahora de mayor, ante la incertidumbre económica, se convierte en avaro; si de joven era “presumida” ahora se acicala bastante para no parecer tan mayor, etc.).

-Los miedos existenciales se suplen con las elaboraciones religiosas, espirituales (no es extraño que muchos vuelvan a la religión que practicaron en otra época de su vida) o con modos de intervención social (p. ej. incluirse en una organización de asistencia o ayuda al prójimo).

No obstante lo expuesto, existen individuos que no ponen en marcha estas compensaciones y ante las pérdidas inician un deterioro (cognitivo) bastante significativo. Esto puede comprobarse con facilidad en aquellos que pierden la actividad laboral (tras la jubilación) y entran en un bucle de falta de alicientes que acaba inexorablemente en demencia; sobre este particular el grafo siguiente resulta bastante demostrativo. Si lo miramos con atención descubrimos la cantidad de bucles de retroalimentación que se producen, cerrando círculos que podríamos calificar de “infernales”; de ahí que el trabajo del profesional sanitario, en estos casos, tenga que ser de prevención porque, si se llega al final del recorrido, ya no es posible hacer nada, el daño se ha producido. En este sentido, hay que estar muy alerta a los que se jubilan, sobre todo en aquellos casos en los que prometen realizar tareas y luego no las llevan a cabo o, lo que es peor, no se plantean ninguna actividad. La imagen es característica, a la vez que dantesca: un anciano que no tiene nada que hacer (o nada le atrae, una vez perdido el trabajo) y se lleva todo el día durmiendo o delante del televisor hasta que, imperceptiblemente, va perdiendo las capacidades hasta terminar en la demencia. Lo mismo puede suceder cuando fallece la pareja, tras años de convivencia; se ha visto que, el que queda vivo, tarda muy poco en acompañar al muerto en su eterno viaje.



Veamos un caso que demuestra lo expuesto:

Un paciente nuestro, profesor de universidad de gran prestigio, al poco de la jubilación inició un cuadro de demencia. Previamente, había estado un

tiempo desmotivado y profundamente aburrido, no sabiendo a qué dedicarse, según describía su mujer. Llegó un momento en que dormía más de la cuenta (unas 13 horas al día) y el tiempo que estaba despierto se le veía triste y decaído (depresión predemencial). El cuadro debutó con la siguiente escena: se hallaba comiendo en la mesa con su mujer y sus hijos un domingo y, de repente, se levantó y, sin mediar explicación alguna, se fue a la esquina del salón y se puso a orinar en la pared. Esto causó una gran perplejidad a la familia y, tras ser amonestado, no dijo absolutamente nada. Algunas semanas después comenzó a perseguir a la chica que limpiaba en la casa, intentando mirarle las piernas cuando se subía a la escalera o espiándola cuando entraba en el cuarto de baño. Anteriormente, había sido una persona exquisita en el trato con los demás, un hombre educado que jamás se había propasado con nadie.

Para terminar con este capítulo hablamos de lo que se ha denominado “posmaduración de la personalidad”. Muchas personas llegan a la tercera edad y actúan como niños o como adolescentes (regresión) o, por el contrario, se comportan como adultos (progresión); de ahí que esta época de la vida, al decir de Alonso Fernández (6), pueda considerarse la “edad de la alternativa máxima”. Si tomamos las curvas antes estudiadas (CT e I), ahora pueden separarse drásticamente dos formas: a) los ancianos que actúan impulsivamente (ligando, vistiendo de forma provocativa, bebiendo, asistiendo a fiestas de gente más joven, etc.) y b) otros que siguen la corriente de ternura, metidos de lleno en el “calor familiar”, constituyéndose en una ayuda imprescindible en estos tiempos en los que ambos padres trabajan y no pueden atender a sus hijos.

La “posmaduración” va a depender directamente de la satisfacción que el anciano ha tenido en las etapas precedentes y si siente que las ha cubierto debidamente; dicho de otra manera: pasar por la vida significa “quemar” los diferentes momentos (p. ej. si soy un niño tengo que jugar; si soy estudiante me tengo que divertir, etc.). Cuando se siente que no se han cubierto debidamente (p. ej. se dejó poseer por lo que “tenía que hacer” y no por lo que “le hubiera gustado hacer”, como es el caso de tener hijos demasiado tempranamente), entonces aparece la impresión subjetiva de tener una o varias “asignaturas pendientes”, que tienen que aprobarse. En tales casos, no es extraño que aparezcan conductas bizarras, como las que señalábamos antes (p. ej. trasnochar, beber, no descansar, excesos, etc.) y que conectan directamente con la psicopatología del anciano.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Vygotsky L. Pensamiento y lenguaje. Madrid: Paidós, 2020.
2. Bettelheim B. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Barcelona: Grijalbo, 1976.
3. Blos P. Psicoanálisis de la adolescencia. México: Mortiz, 1975.
4. Ridruejo P, Medina A, Rubio JL. Psicología Médica. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1996.
5. Ciceron MT. De senectute. Madrid: Triacastela, 2001.
6. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.

Capítulo 13º. La biografía. Factores sensibilizantes psicobiográficos en la construcción de la biografía. Frustraciones y conflictos.

13.1. De la biografía a la psicobiografía.

En muchos Equipos de Salud Mental, cuando se recibe a un paciente y se le realiza la entrevista clínica se le solicita que elabore, en su propia casa y con tranquilidad, un escrito sobre su vida. Este trabajo realizado se convertía en: a) un ejercicio de confianza con el profesional sanitario que lo atiende, dado que aporta un material íntimo, b) un esfuerzo de rememoración, ya que pone en funcionamiento la capacidad de extraer datos de la memoria, c) un intento de recomponer su vida para iniciar un (posible) trabajo psicoterapéutico y d) con él se inicia la relación clínica. La llamada “razón técnica”, que ha transformado la práctica sanitaria en una recolección de pruebas y de los correspondientes resultados, ha hecho que haya olvidado la parte humana del paciente y con ello, el interés por su “historia vivida”. Por suerte, las nuevas formas de aproximarse a la clínica (que entienden al paciente como persona) han reavivado el interés por la biografía, teniendo en cuenta, además, que los sucesos experimentados por una persona intervienen en sus comportamientos y en cómo experimenta la enfermedad.

El término “biografía” viene de *bios* que significa “vida” y *graphein* que se traduce como “escribir”; componiendo ambos es la “vida escrita”. Se trata del relato de la vida de una persona contada por otro (biografía) o por ella misma (autobiografía). Ahora bien, en el ámbito sanitario la que más nos interesa es la realizada por el propio paciente (oral o escrita), de ahí que la autobiografía se convierta en un documento humano que da cuenta de las vicisitudes por las que ha pasado a lo largo de su existencia. Al tratarse esta narración de las experiencias personales, se pone en juego la psicología de autor/a, en cuyo caso se habla con propiedad de “psicobiografía”; de esta manera vamos siendo cada vez más concretos a la hora de considerar lo que escribe el paciente sobre sí mismo:

BIOGRAFÍA ———> AUTOBIOGRAFÍA ———> PSICOBIOGRAFÍA

Si el profesional sanitario quiere ser eficiente en su labor, tiene que conocer al menos algunos aspectos de la psicobiografía de su paciente, por lo menos aquellos asociados a enfermedades familiares o personales, las experiencias intensas por las que ha pasado y que pueden estar influyendo en el presente y las relaciones que ha mantenido con personas significativas anteriormente. Estas últimas son fundamentales, porque el paciente puede repetir los mismos esquemas con el profesional sanitario (p. ej. denigración, desconfianza, altas exigencias, idealización, peticiones mágicas, etc.).

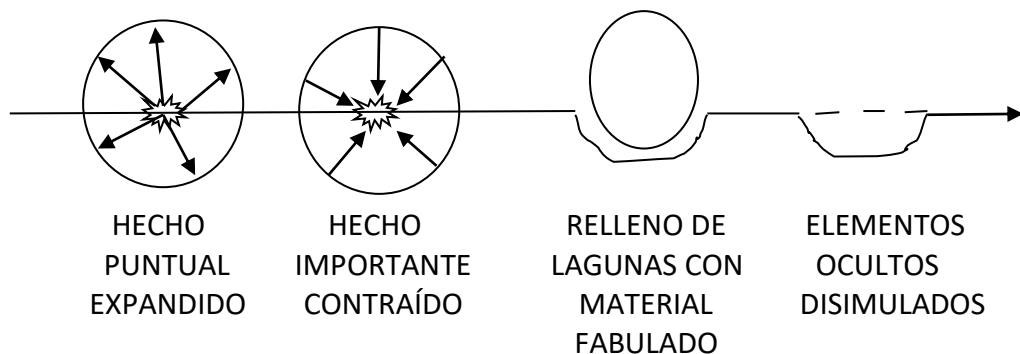
La psicobiografía es una construcción de una persona, en donde el “efecto subjetividad” se pone de manifiesto. Consiste este en que un mismo hecho es

vivido de manera diferente por cada una de los sujetos que participan en él. Veamos un ejemplo:

Un paciente de 25 años de edad, tiene un padre alcohólico. Él vive esta eventualidad como un verdadero drama familiar, pues la casa se ha convertido en un caos, al no atender ninguna cuestión trascendente (economía, pagos bancarios, hipoteca, alimentación, educación del hermano pequeño, etc.). Sin embargo, para la hermana su padre es adorable porque es un hombre “gracioso”, “simpático”, “positivo”, “optimista” y que “contempla la vida de una forma que ya le gustaría a ella verla del mismo modo”. Debido a estas diferencias (insalvables) existen numerosos conflictos entre los dos hermanos.

Así pues, las experiencias cambian de acuerdo con la persona que consideremos, no se encuentran contenidas en la biografía de una manera fiel. De este modo, algunas de ellas que son insignificantes, se agrandan, mientras otras que son importantes, se achican y, por si fuera poco, las lagunas de recuerdos pueden rellenarse con fabulaciones, se establecen conexiones falaces, etc. Un ejemplo puede ilustrar lo dicho bastante bien:

Se trata de una chica joven que dedica muchas horas de terapia a hablar de un novio que tuvo al que echa de menos, tratándose de una relación aparentemente insignificante, pues ¡duró solo una semana! y de eso hace ya bastante tiempo. Mientras tanto, no habla absolutamente nada de un intento de violación que tuvo en un ascensor que le afectó bastante pues, a partir de entonces, siente náuseas con solo pensar en tener “algo” con un chico.



A la psicobiografía su propio autor le da la forma de una narrativa, de manera que se parece bastante a una novela, tratándose de la respuesta al requerimiento: “¡cuéntame tu vida!”. Hablamos de un trabajo intelectual mediante el cual el sujeto intenta dar un sentido a los sucesos por él experimentados, hilvanándolos entre sí, cosa que consigue al darle una estructura de lenguaje. En este sentido, el autor de la biografía es capaz de crear un relato que tiene un orden lógico (cronológico), con un comienzo, un desarrollo y un desenlace final. El

conjunto resulta comprensible para el interlocutor, pero es frecuente que oculte (no deliberadamente) ciertos aspectos que entrarían en contradicción con el relato. Cuando estudiemos la entrevista, veremos que el profesional sanitario tiene que ganarse la confianza del paciente para que pueda sacar a la luz estos aspectos ocultos, pues muchos de ellos son importantes para entender la patología que presenta.

13.2. Los condicionantes de la psicobiografía.

En la construcción de la psicobiografía hay que tener en cuenta tres tipos de condicionales, que vamos a estudiar a continuación:

- Los factores sensibilizantes psicobiográficos.
- Las frustraciones.
- Los conflictos.

Ninguno es determinante por completo para llevar a una persona a la definición de un rasgo de la personalidad, a una conducta concreta o a la aparición de un determinado síntoma, porque no se trata de “relaciones causa-efecto” como sucede en la naturaleza, que son relaciones estrictas y necesarias (tan pronto como se da la causa, aparece el efecto). En cambio, con los elementos que jalonan la biografía, se establecen “relaciones motivo-consecuencia”, donde la conexión entre los dos términos no es obligatoria, sino posible (ver capítulo 2º). Así pues, ninguno de los elementos que seguidamente vamos a considerar va a hacer que un sujeto tome una dirección concreta, aunque sí estudiaremos las posibilidades existentes.

13.2.1. Factores sensibilizantes psicobiográficos. Consisten en hechos de la vida (*life events*, de los americanos) que pueden condicionar a una persona e incluso llevarla a la patología. Son circunstancias que aparecen por la suerte que nos ha tocado, es decir, que a cada sujeto humano le vienen circunstancias agradables y otras que son menos y nadie se libra de ello. Puede parecer que hay individuos a quienes “todo les va bien” y que “siempre le salen las cosas estupendamente”, pero se trata del producto del ocultamiento social que suele hacerse con las “cosas feas”.

Un paciente de 43 años, que lleva una vida relativamente desahogada (un buen trabajo, ganancias, casa en el centro de la ciudad, coche de alta gama, etc.) y hasta puede ser envidiado por los demás, pero lo cierto es que jamás contó a nadie el hecho más doloroso de su vida: el suicidio de su padre.

Los griegos utilizaban el término de *tyché*, para definir la posibilidad de que aparezca algo imprevisto. Estudiamos seguidamente cuáles son los factores sensibilizantes.

A) Los que recaen sobre la madre. Antes que nada hacemos la salvedad de que, cuando hablamos de “madre” (lo mismo que cuando hablemos de “padre”), no tiene por qué ser la persona que engendró al niño, sino quién realice esta función (la “función materna”), pudiendo ser otra persona (p. ej. la abuela).

A.1) Hijo no deseado. Diversas circunstancias llevan a que un hijo no sea deseado: madre soltera, viuda precoz, último hijo de una familia numerosa, etc. En este caso, es posible que la madre sienta que se trata de un carga y lo culpa de su falta de libertad, llegando al rechazo. Es posible que, en el futuro, este vástago tenga problemas de autorrechazo y/o de autoestima (“si no me han querido, yo no me quiero”).

A.2) Ausencia de la figura materna. Puede ser por: abandono, muerte, divorcio, desinterés absoluto de la madre (mujer depresiva), etc.

René Spitz se dedicó a estudiar niños internados en un orfanato en el primer año de vida, observó la ausencia de cuidados maternos en estos centros y describió una serie de etapas que se repetían sistemáticamente. Al principio, los críos echaban los brazos enérgicamente para que los cogieran; después, estas solicitudes fueron disminuyendo para, finalmente, acabar mirando a la pared en estado apático. En 1945, Spitz empleó con ellos el término de “depresión anaclítica” (de *anaclitos*: “apoyarse en”) y puso de manifiesto que se presentaban: faltos de expresividad, silenciosos, insomnes, con pérdidas de peso y retardo motor.

De ahí que la ausencia de la figura materna se asocie a la depresión (sobre todo si la pérdida es temprana), ya que existe una búsqueda incesante de cariño que no tiene remedio.

A.3) Exceso de cuidados maternos. Cuando la madre está muy encima de los hijos (miedosas, hiperpreocupadas, desconfiadas, etc.), conduce al infantilismo en sus hijos (regresión) ya que, en lo sucesivo, van a seguir necesitando esa dependencia. Si son varones, es posible la feminización (no homosexualidad), que se expresa en el comportamiento con cierto amaneramiento. En este mismo grupo se han descrito casos de travestismo (en hombres), sobre todo si la madre quería tener una niña.

B) Los que recaen sobre el padre. De nuevo aquí nos referimos no al padre biológico, sino a quién realiza esa función con el crío (la “función paterna”).

B.1) Exceso de castigos. En este caso, se producen malos tratos, en cuyo caso, el niño entiende que “la vida es dura” y es posible que se identifique con el agresor, repitiendo la misma historia con sus propios hijos, un fenómeno bastante frecuente.

B.2) Responsabilidad precoz. Son críos a los que tempranamente se les otorga un papel de responsabilidad en la casa (p. ej. cuidar de sus hermanos

pequeños, llevar a la madre al médico y administrarle las medicinas, responsabilizarse de la casa, etc.); la consecuencia es que se pierden una época en la que los juegos resultan fundamentales. Conseguirán en el futuro una “pseudomadurez” organizada sobre una personalidad obsesiva, en cuyo caso, se hallan pendientes del deber y las normas, desterrando cualquier forma de disfrute.

B.3) Ausencia de protección. Se trata de familias en las que se identifica la figura paterna, pero esta es débil debido a circunstancias diversas (padre alcohólico, irresponsable, inmaduro, dado a los impulsos –p. ej. ludopatía-, etc.). El niño, ya adulto, es posible que padezca de inseguridad, que es justo lo que vivió en su medio familiar.

B.4) Ausencia de la figura paterna. Cuando esta no existe en la familia (madre soltera, separación o divorcio prematuro de los padres, fallecimiento del cabeza de familia, etc.) y no existe un sustituto, es decir, no hay nadie que ocupe ese lugar (p. ej. uno de los abuelos o de los tíos, la pareja de la madre, etc.), en la casa no existen las normas, con lo que es posible que se desarrollen rasgos psicopáticos. Estas organizaciones (anómalas) de la personalidad ya sabemos que tienen que ver con la ausencia de “normas interiorizadas”, que son las que posibilitan el autocontrol (de los impulsos, abusos, actos manipulativos, etc.).

C) Los que recaen en ambos padres. En este caso no es una sola figura (padre o madre) la implicada, sino que son los dos.

C.1) Hiperprotección. Por la razón que sea, el hijo es demasiado cuidado, arropado o amparado por los padres, quiénes están demasiado pendientes de él, llegando a impedir su libre desenvolvimiento y sesgando la personalidad en una dirección concreta. Existen tres formas de hiperprotección:

a) Gratificante. Aquí de lo que se trata es de dar gusto al crío en todo (p. ej. “si apruebas te regalamos una bicicleta... No has aprobado, pero no importa, te hemos visto estudiar. ¡Toma la bicicleta, que te la mereces!). El caso es que el niño no se contraría ni sufre. Con este tipo de manifestaciones familiares, aprenderá que el esfuerzo no hace falta para conseguir las cosas, los demás se las tienen que proporcionar (lo mismo que hacían sus padres).

b) Ejecutiva. En este tipo de hiperprotección los padres hacen todo por el niño. De este modo, si trae problemas de matemáticas que le han puesto como tarea en el colegio, la madre se los resuelve y si tiene un dibujo que hacer, ahí está el padre para hacerlo. En este caso, existen muchas posibilidades de convertirse en explotadores de los demás.

c) Ansiosa. En estas circunstancias, el amor ahoga al hijo pues se trata de padres que siempre están preocupados por algo, que puede ser:

-Hacia el cuerpo. Con su comportamiento y sus palabras, los padres le indican que su salud puede quebrarse y padecer una enfermedad; en

consecuencia, siempre están abrigando al niño o incluso dándole vitaminas, para que no se enfríe o coja algo malo. De adulto pueden ser hipocondríacos (“si mis padres se preocuparon por mi salud, es que esta puede faltarme; por lo tanto, me tengo extremar los cuidados o estar vigilante”).

-Hacia el rendimiento. El mensaje de los padres es que tiene que sacar las mejores notas: si saca un “8”, tendría que haber obtenido un “9” porque puede dar más de sí; si saca un “9” debería haber estudiado un poco más y tendría la matrícula de honor. Hablamos de padres insatisfechos. De adultos, nunca estarán seguros de sus actos, porque serán autoexigentes (obsesivos).

-Hacia el mundo. Se le indica que la gente es mala, por eso tiene que tener mucho cuidado y sus papás son los únicos que lo/la quieren de verdad. En el futuro desarrollará la idea de que el mundo es hostil y desarrollarán rasgos paranoides (desconfianza, suspicacia, vigilancia excesiva, etc.).

C.2) Modelos invertidos. En este caso, los roles de los padres (masculino y femenino) se encuentran intercambiados. Puede dar lugar a una feminización en los chicos y a una masculinización en las chicas; en tal caso, se acentúan los rasgos psicológicos del otro sexo (prevalentes en la adolescencia, tal como vimos en el capítulo anterior) en forma de modales, posturas, formas de hablar, gestos, mímica, actitudes, etc. En principio, esto no tiene nada que ver con la homosexualidad.

C.3) Falta de gratificación. Son individuos que se encuentran sometidos a un sistema en el que nada se premia: si saca buenas notas era su obligación, si ayuda a un compañero era lo que tenía que hacer, si consigue una beca tenía que hacerlo ya que en su casa no hay medios, etc. Son familias que nunca celebran nada y un crío introducido en esta forma de ver las cosas, va progresivamente construyendo una idea negativa del mundo y de la vida, transformándose en pesimistas o “hiperrealistas”.

D) Los que recaen en la fratria. Se trata aquí de la relación con los hermanos, con varias posibilidades:

D.1) El orden en el nacimiento. Tiene su importancia porque: el primero (si es un varón) suele convertirse en el proyecto del padre (identificación), mientras que el segundo resulta competitivo, intentando dar alcance al anterior. El último puede adoptar un comportamiento variable, que va desde ser el mimado de la familia (de adulto podrá ser un tirano) hasta ser aquel sobre el que todos mandan (de adulto podrá ser un individuo sometido).

D.2) Preferencias de valor. Aquí se encuentran:

a) El preferido o “hijo estrella” (Abel): aquel que todo lo hace bien; de adulto será un necesitado de valoración ajena y tendrá un gran afán de sobresalir,

pudiendo llegar a tener éxito o tener un grave problema, si al salir de casa, cae su estrellato.

b) El marginado o “garbanzo negro” (Caín). Adopta el papel de fracasado ya que, al serle imposible alcanzar al hermano, adopta el rol contrario y llamará la atención de sus padres, no por sus extraordinarias acciones, sino por todo lo contrario (suspende, no se asea, anda con malas compañías, hace rabona, consume alcohol, fuma porros, etc.). Evidentemente, no quieren ser una “fotocopia” de su hermano-estrella y se van a lo opuesto, la única manera que tienen de encontrar un lugar propio. Una vez adultos, pueden hacer cuanto esté en su mano para que nadie sobresalga (como sobresalía su hermano), un aspecto que se conoce como “envidia igualitaria”.

E) Los que recaen en la estructura familiar. La organización familiar también tiene su interés como factor sensibilizante, pudiendo producirse las siguientes eventualidades:

E.1) Patriarcado. Se trata de una familia que presenta una organización normativa, que da lugar a dos posibilidades: a) acata las normas (sumisión): suele ser el primogénito o b) las rechaza (rebeldía): con más probabilidad se trata del segundo hijo.

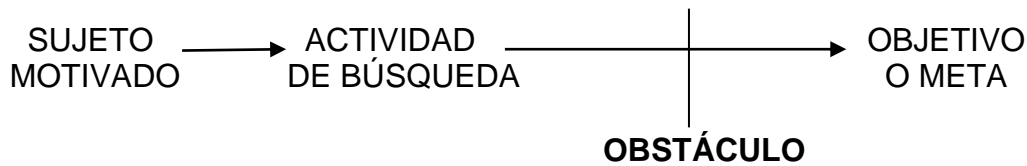
E.2) Matriarcado. No significa que la madre (o quién realiza esta función) sea masculina. En este caso, puede que el hijo se quede infantilizado, como ya vimos antes, o dar lugar a hombres débiles que busquen protección.

E.3) Filiarcado. Aquí todo gira en torno al niño, pudiendo tratarse de matrimonios mayores, hijos adoptados, nacimiento después de un tiempo intentando concebir sin éxito, padres sometidos a fuertes castigos de pequeños y se colocan en la educación de sus hijos en el polo contrario, etc. Al hacerse mayores estos niños, quieren que el entorno se adapte a sus deseos y peticiones, tratándose de un caldo de cultivo para la aparición de rasgos psicopáticos.

13.2.2. Las frustraciones. Una frustración consiste en un displacer psíquico debido a la no realización de un deseo y puede convertirse en un elemento importante en la construcción de la psicobiografía sobre todo, como veremos, si aparece repetidamente en la historia. Para poder estudiarlas tenemos que separar los diferentes elementos que la componen:

- un sujeto deseante o motivado,
- una actividad de búsqueda,
- un objetivo o meta y
- una barrera u obstáculo, que puede ser interno o externo (p. ej. externo: intento comprar un medicamento que me hace falta para la garganta, pero la

farmacia ha cerrado; interno: me gusta una chica de la clase, pero mi timidez me impide acercarme a ella). Véase que este último es el componente característico de la frustración.



Cuando se alcanzan las aspiraciones, el sentimiento es de “éxito”, mientras que no alcanzarlas supone un “fracaso”; en la vida se necesita un equilibrio de éxitos/fracasos, no siendo conveniente que predomine uno de ellos. Pero, que no sea conveniente ni significa que no aparezca y, así las cosas, podemos tener:

-Un exceso de éxitos, en cuyo caso estamos ante una ausencia de frustraciones, con lo que el sujeto desarrolla una “megalomanía”: se sobrevalora y cree que puede con todo (“todo cuanto haga me saldrá bien”).

-Un exceso de fracasos, tratándose de un predominio de la frustración, con lo que el individuo tiende a la desvalorización: se infravalora (“no valgo lo suficiente”) y no se cree con la potestad de hacer las cosas bien (“cualquier cosa que emprenda, me saldrá mal”).

La autora que más ha destacado en el estudio de las frustraciones, sobre todo cuando estas se han repetido (“frustraciones reiteradas”) ha sido Karen Horney, definiendo las distintas reacciones posibles:

-Hiperdocilidad. Para no sentirse frustrado más veces va a hacer todo lo que los demás le digan (“si me he sentido contrariado tantas veces, a partir de ahora voy a hacer lo que quieran los demás, así no me frustró”). Se convierten en personas dóciles, de manera que si su grupo le propone, por ejemplo, ir al cine, no rechista y va; si la película ha sido mala, la frustración no es de él sino del grupo que eligió mal, él solo se limitó a cumplir con lo que se le dijo.

-Hiperagresividad. Se convierte una persona contestataria, respondiendo negativamente y con energía a cualquier propuesta que le hacen (“si me he sentido contrariado hasta ahora, aseguro que no va a pasar más porque no voy a hacer nada de lo que me digan”). Al ponerse a la contra evita cualquier frustración, llegando incluso a ser desagradable (“si vais a esa película, yo me voy a mi casa, porque no vale un duro”).

-Retracción. Aquí la persona no participa para no frustrarse, cosa que puede llevar a cabo de dos maneras diferentes:

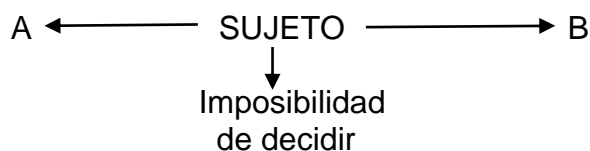
-de rol (ostracismo). Se queda sola y así nunca se siente contrariada porque en este estado puede hacer lo que le dé la gana (“ya no me

voy a sentir más contrariado porque ya no voy a quedar más con vosotros”).

-de gratificación (anhedonia). El término “anhedonia” significa ausencia de placer. Acude a todos sitios con los demás, pero no siente nada en esas acciones, no se encuentra ni bien ni mal (“¿cómo te lo pasaste en la fiesta? Como siempre”, “¿qué tal tu cumpleaños? Bueno, ya sabes cómo son los cumpleaños”). Estos sujetos no disfrutan hagan lo que hagan y es muy frecuente que sientan la permanente sensación de monotonía en la vida, ya que es una forma de no implicarse en las situaciones; implicarse conlleva la posibilidad de frustrarse.

La frustración puede conllevar cierta dosis ira o de rabia e, incluso, en sujetos inmaduros dispararse el impulso agresivo, como demostró Dollard (ver capítulo 9º).

13.2.3. Los conflictos. Hablamos de “conflicto” cuando la elección de una postura (A) implica la exclusión de la contraria (B), teniendo las dos el mismo valor; ambas posibilidades son incompatibles entre sí y al sujeto implicado le es imposible decidirse por una de ellas, permaneciendo en esa imposibilidad de elección. Evidentemente, un conflicto tiene más importancia cuanto más tiempo dure y se mantiene en el tiempo porque, como veremos luego, una de las posiciones es inconsciente.



Seguendo a Kurt Lewin existen cuatro tipos de conflictos:

A) Atracción-atracción. Las dos posibilidades atraen de igual modo y la persona es incapaz de escoger una. Veamos algunos ejemplos:

Voy al cine o a una fiesta, ambas me apetecen y es el último día que ponen la película, no pudiendo conseguirla después. La única posibilidad de ir a la fiesta es a esa misma hora, dado que mis amigos después se van a otro sitio.

Mucha más importancia tendría el siguiente conflicto: se separan mis padres ¿con quién me voy a vivir, si los dos son buenos para mí?



B) Evitación-evitación. Las dos posturas me repelen, pero tengo que escoger una forzosamente.

Viene un toro detrás de mí y delante tengo un barranco ¿qué hago, dejo que me pille el toro o me tiro?

Tengo que ir a un entierro y al mismo tiempo a una reunión de trabajo y ninguna de las dos me apetece.

Un caso real fue el siguiente: la mañana el viernes 1 de febrero de 1974, en el edificio Joelma de la ciudad brasileña de Sao Paulo se declaró un incendio que acabó con la vida de 188 personas y dejó 289 heridos. El fuego se originó en el piso 12, por una sobrecarga eléctrica en el sistema de aire acondicionado y se extendió rápidamente. Los bomberos no pudieron subir más allá del piso 11 y las escaleras se hicieron intransitables. 170 personas se dirigieron a la azotea, con la esperanza de ser rescatados por un helicóptero, pero el lugar no era suficientemente grande para aterrizar. Las personas que fallecieron tuvieron que elegir entre ser pasto de las llamas o lanzarse a la calle.

A- ← SUJETO → B-

C) Atracción-evitación. Aquí hallamos solo una posibilidad pero es, al mismo tiempo positiva y negativa y, como en los casos anteriores, el/la implicado/a no puede escoger.

A+/- ← SUJETO

Tengo que confesar a mi mujer que le he sido infiel. Si no se lo cuento, me voy a sentir muy mal porque nunca hemos tenido secretos entre nosotros. Si se lo cuento, conociéndola, seguro que se enfada muchísimo y me abandona y eso no lo quiero.

Un paciente, de 25 años de edad, es el líder de su grupo y un buen día salieron al campo porque iban conocer el chalet que se habían comprado los padres de uno de ellos. Una vez allí, se planteó subir a una montaña cercana, pero el paciente tenía miedo a las alturas, entonces se le planteó el siguiente conflicto:

-Tenía que subir y dar ejemplo (como siempre), al ser el líder.

-Ese acto le resultaba imposible por su grandísimo miedo.

La solución le vino cuando empezó con un cuadro de náuseas y vómitos, producto de la tensión psicológica a la que se encontraba sometido. Pudo salvar la situación al encontrarse mal y explicar, paralelamente, que le había sentado mal la comida. Así las cosas, se fue a la cama, mientras los demás subían a la montaña, pero no quedó como un cobarde, cosa que hubiera puesto en entredicho su liderazgo.

D) Doble atracción-evitación. Suele ser el más frecuente y en él aparecen dos posiciones contrapuestas pero ambas son, al mismo tiempo, positivas y negativas.

Me quedo en la Feria porque me divierto con los amigos, pero no quiero porque tengo que visitar las casetas de mis familiares, que son pesadísimos. De la misma forma, puedo irme de viaje porque me lo voy a pasar bien, pero me tengo que gastar un dinero que no tengo y voy a perderme la Feria.

A+/- ← SUJETO → B+/-

La persistencia del conflicto provoca un estado de tensión interior característico que no desaparece hasta que no se acaba de resolver, momento en el que viene la calma. Esta sensación se debe a que existe algo que está aún pendiente y que no se ha terminado de arreglar.

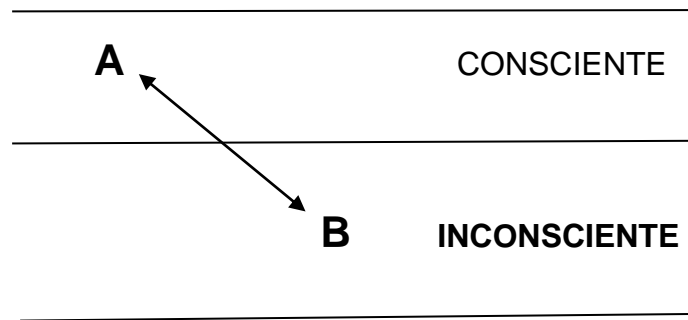
Antes se dijo que los conflictos que tienen más poder sobre la persona son aquellos que tienen una parte enclavada en el inconsciente; entonces, no es infrecuente que se recurra a formaciones sintomáticas como medio para intentar resolverlo. No obstante, como vemos en el siguiente caso, es peor el remedio que la enfermedad:

Una mujer de 49 años, presenta un cuadro de hemianestesia en el lado derecho del cuerpo. Ha sido estudiada por neurólogos y no han encontrado ninguna patología orgánica que explique el cuadro, de manera que ha sido derivada a mi consulta. Las sesiones de psicoterapia se desenvuelven con numerosas explicaciones neurológicas por parte de la paciente, hasta que por fin se decide a hablar de sus problemas. Está casada con un alcohólico, que vuelve borracho a casa muchas veces e intenta tocarla cuando se acuesta en la cama. La única “solución” de la paciente es no sentir nada cuando el marido se acuesta y/o cuando la toca. De esta manera, queda explícito el conflicto y la resolución sintomática:

-por un lado, no desea estar con su marido y le gustaría divorciarse (parte consciente),

-pero, si se divorcia se queda sin nada, dado que ella ha sido siempre ama de casa y nunca trabajó. Vive del sueldo del marido y, además, no quiere trabajar (parte inconsciente).

El “arreglo” es no sentir nada cuando él se mete en la cama y lo expresa claramente en la consulta: “yo con él no quiero ni rozarme”. Tras un tiempo de sesiones, se hace consciente de la segunda parte del conflicto (la inconsciente) y lo resuelve, desapareciendo de inmediato el síntoma (histérico).



Para terminar tenemos que añadir a lo expuesto que, evidentemente, no podemos cambiar los hechos que se han dado en la vida de una persona pues son los que le ha tocado en suerte (tyché); que el pasado sea inmutable no significa que no tengamos una solución para aquellas psicobiografías que siguen ocasionado problemas a sus protagonistas. Esta consiste en ayudar al paciente a reescribir su historia, quiere decir que se puede modificar (mediante la psicoterapia) la valoración o importancia relativa que el sujeto le ha dado a las diferentes circunstancias que ha experimentado.

QUINTA PARTE. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENFERMAR

Capítulo 14º. La enfermedad como proceso humano. Reacciones psicológicas ante la enfermedad. La conducta de enfermedad.

14.1. Concepto de enfermedad.

La enfermedad se define por un tipo de sufrimiento, de carácter físico, que se denomina “síntoma” y que puede tener una naturaleza variada (p. ej. malestar general, dolor, fiebre, astenia, tenesmo, diarrea, disnea, polaquiuria, anorexia, etc.). Se debe a una alteración anatómica o funcional capaz de romper el equilibrio fisiológico del organismo; ahora bien, el malestar ocasionado por el síntoma puede ser:

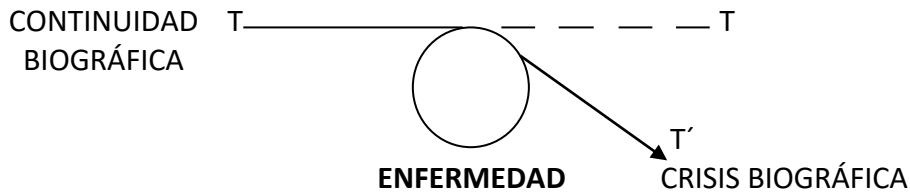
a) Directo. Se habla de “trastorno” (para los anglosajones *disease*) y es debido al efecto que provoca la alteración real sobre el organismo (p. ej. la presión de un tumor sobre un órgano o la obstrucción que produce una masa en el tubo digestivo).

b) Indirecto. Se habla de “dolencia” (para los anglosajones *illness*) y se relaciona con cómo el sujeto percibe las alteraciones o la experiencia personal de estar o sentirse enfermo (p. ej. un trastorno de las cápsulas suprarrenales en la mujer provoca un aumento de vello facial –hirsutismo-, lo que puede ocasionarle un importante problema de imagen y provocarle una retracción social). El impacto psicológico de la sintomatología hace que cada enfermo sea único, pues siempre va a tratarse de reacciones personales (lo que a una persona puede hundirla anímicamente, a otra la deja completamente indiferente). De ahí se sigue, que el profesional sanitario tiene que desarrollar habilidades psicológicas y comunicativas para poder aproximarse de manera adecuada a su paciente.

14.2. Reacciones psicológicas ante la enfermedad.

La enfermedad supone una “crisis biográfica” ya que provoca un impacto en la vida de un sujeto, en la que genera un desequilibrio. Por lo general, no puede ser anticipada, de ahí que este no pueda estar preparado para semejante evento.

En el siguiente esquema se representa la trayectoria vital que sigue un individuo y cómo la enfermedad la tuerce cambiando el rumbo (p. ej. tiene que dejar un viaje negocios que tenía previsto, no puede asistir a la boda de su hija, abandona transitoriamente los estudios, etc.). Decimos que la enfermedad rompe la “continuidad biográfica”; téngase presente que la existencia de esta continuidad aporta seguridad, en tanto los cambios (sobre todo si son bruscos y/o intensos) alteran. En el siguiente esquema se representa esta desviación (T: trayectoria vital, T': desviación de la trayectoria):



En la crisis descrita concurren varios tipos de experiencias psicológicas:

1) De amenaza. Cualquier enfermedad supone una amenaza para el bienestar y la integridad corporal, lo que implica una pérdida del control para la persona. En efecto, muchas veces aparece de forma inesperada y no se sabe la evolución que va a seguir; incluso, cuando se trata de una enfermedad grave que se ha curado (p. ej. ictus, cáncer, trombosis, etc.), persiste la amenaza de que pueda reactivarse o reaparecer en cualquier momento (“síndrome de Damocles”).

2) De privación. La persona pierde la libertad, pues tiene que realizar una serie de acciones que no le apetecen, como son: asistir a las consultas, someterse a pruebas, tiempo de espera, permanecer en la cama, tomar un tratamiento, etc. También se produce una privación del contacto con los demás, ya que no se puede interactuar (al menos de la misma forma que antes) mientras se está enfermo.

3) De frustración. Los proyectos y planes se vienen abajo cuando la patología aparece (p. ej. terminar el grado, presentarse una oposición o hacer un viaje con los amigos).

4) Displacentera. La enfermedad provoca dolor, no solo por sí misma, sino también por las intervenciones a las que debe someterse el paciente (pruebas, exploraciones, operaciones, etc.).

5) Pérdida de imagen. En el desarrollo de la enfermedad pueden aparecer deformidades (p. ej. en la artritis reumatoide), manchas en la piel o arrugas (p. ej. la esclerodermia), adelgazamiento (p. ej. en el SIDA) o, incluso, fealdad (p. ej. en los tumores faciales, presencia de costras o pústulas). Tales alteraciones de la imagen requieren de una adaptación a las mismas y, muchas veces, aceptar la pérdida del aspecto físico (duelo), lo que no siempre se logra.

Arminda Aberastury, pionera del psicoanálisis en Argentina y una mujer bellísima, decidió quitarse la vida a los 62 años, tras verse afectada por una enfermedad que la desfiguraba.

6) Repliegue introspectivo-reflexivo. La presencia de síntomas da lugar a una tendencia a la introspección y a centrarse en el propio pensamiento, que lleva a buscar explicaciones (¿por qué me ha tocado a mí precisamente? ¿por qué en esta etapa en la que estaba tan contento?, etc.). En este momento, también se valoran los aciertos y errores que pueden asociarse a la aparición de la enfermedad (“esto es de la bebida, sé que he abusado mucho”).

No es extraño que se despierten las creencias (p. ej. “Dios así lo ha querido y me está sometiendo a una prueba”), que pueden ser calmantes para el nuevo estado en el que se encuentra la persona, limitando la desesperación. De todas maneras, el paciente puede tener una percepción demasiado negativa, insoportable o injusta de lo que le ha tocado vivir, llegando a presentar reacciones exageradas. El papel del profesional sanitario, en este sentido, es crucial pues puede hablar con el enfermo sobre su malestar psicológico, lo que resulta calmante para este último.

La enfermedad produce una activación de la “capacidad de afrontamiento”, que significa adaptarse a la misma e implica: a) tolerar la adversidad que está viviendo (en la medida de lo posible), b) reestructurar y reorganizar las circunstancias, haciendo frente a las demandas específicas que aparecen (p. ej. separación de la familia, hospitalización, pérdidas económicas, búsqueda de información, etc. y c) el deseo de superar la enfermedad y de colaborar con el profesional sanitario.

Evidentemente, el paciente no siempre está dispuesto a dar estos pasos, de ahí que el “afrontamiento” se entienda como un proceso dinámico en el que existe una continua negociación entre la persona y las circunstancias que está experimentando. Ello implica que van a darse periodos en los que se acepta el problema y otros en los que se rechaza, tratándose de un fenómeno oscilante. Esto mismo sucede con cualquier experiencia de cierta magnitud en la vida (p. ej. una pérdida importante), ya que no siempre se está dispuesto a asimilar.

14.3. La conducta de enfermedad.

El malestar corporal lleva al individuo a formular una demanda de asistencia al sistema sanitario, que es donde cree que puede resolverse; al proceso asociado se le llama modernamente “conducta de enfermedad”. Descrita por Mechanic y Volkart, se trata del conjunto de acciones de un individuo tras experimentar síntomas y signos, mostrando con ello su adaptación a la experiencia e implica, como vamos a ver: describir e interpretar los síntomas, reaccionar ante ellos y buscar ayuda.

Una salvedad hay que hacer a esta definición: padecer una enfermedad no es lo mismo que realizar una “conducta de enfermedad”; de hecho, existen personas que solicitan atención sanitaria y no se encuentran enfermos, son los conocidos como “enfermos-problema”. Los hipocondríacos son un ejemplo claro, pues creen que cualquier manifestación fisiológica (p. ej. los movimientos peristálticos) son la expresión de una enfermedad grave (p. ej. cáncer), lo que les lleva a realizar consultas con numerosos especialistas sin hallar solución. También tenemos que contar con el caso contrario: individuos que están enfermos y, a pesar de ello, no ponen en marcha la “conducta de enfermedad” o la retrasan.

A continuación estudiamos las cuatro fases de la “conducta de enfermedad”:

14.3.1. La percepción del síntoma. Parece evidente que el primer paso de la conducta de enfermedad va a consistir en darse cuenta de que existen ciertas alteraciones en el organismo; para entender bien este paso, acudimos al concepto de “somatodisforia”.

Hablamos de “somatoforia” cuando el cuerpo se encuentra en “silencio”, lo que sucede en el estado de salud, en el que la persona no siente sus órganos. Pero, si existe alguna patología, un órgano se señala provocando sensaciones que son captadas por la persona implicada, en cuyo caso hablamos de “somatodisforia” (p. ej. en el ulcus gastroduodenal el paciente nota un pesar en el epigastrio que se calma cuando ingiere alimento). De todas formas, no se tiene que estar enfermo para romperse el “silencio” aludido, ya que las propias necesidades físicas pueden interrumpirlo momentáneamente (p. ej. el hambre o la sed), pero también ciertas condiciones usuales provocan el mismo efecto (p. ej. si ingiero mucha cerveza, siento el estómago distendido y me provoca cierta pesadez epigástrica); véase que, en tales casos, el fenómeno tiene un carácter transitorio. Si se da de forma permanente o se repite en el tiempo, el individuo puede alertarse de que “algo no funciona bien”, en cuyo caso acude a consultar aunque las pruebas muestren resultados negativos.

El reconocimiento de las manifestaciones somáticas (fenómeno enteramente sensoperceptivo) va a depender de:

a) La naturaleza o tipo de síntomas. Si son agudos, son más difíciles de ignorar ya que, debido a la intensidad, provocan un estado de alarma en su portador quién, en los casos en que es máxima la sensación, puede creer que va a morir (p. ej. en la apendicitis aguda o en el infarto agudo de miocardio).

b) Diferencias individuales. Aquí tenemos que estudiar el asunto de los “umbrales sensoriales”, ya que se trata de sensaciones físicas. Cada persona se da cuenta de que un síntoma existe en cuanto su intensidad alcanza el umbral; este es diferente según la persona considerada. Así, mientras algunos sienten grandes molestias ante mínimas sensaciones, a otros les hace falta una intensidad mucho mayor para notarlo. Por nuestra parte, observamos cómo las jóvenes dismenorreicas (dolor de la regla), tenían más dolor mientras más bajo se encontraba el umbral (1). En el capítulo dedicado al dolor veremos la relación que existe entre el umbral doloroso y las reacciones emocionales.

También en este apartado hay que considerar las diferencias atencionales; mientras una persona esté más atenta a sus manifestaciones corporales, más las va a sentir. El hipocondríaco, que tiene toda su atención (de manera anómala) dirigida hacia el cuerpo, siente elevada la intensidad de cualquier manifestación física y, más tarde, la malinterpreta como “enfermedad maligna” (2). Lo mismo

sucede con muchos estudiantes de medicina, cuando empiezan a abordar la patología ya que, al tratar los diferentes síndromes empiezan a observarse más de la cuenta y descubren manifestaciones físicas que pueden “casar” con lo que el profesor está explicando.

Sin embargo, otras personas se encuentran en el polo opuesto, al no echar ninguna cuenta de su cuerpo; veamos un caso:

Se trata de una abogada que trabaja 12 horas al día y, además, atiende a su familia. Tan dedicada está a su trabajo, que no nota las señales procedentes de su cuerpo; eso hace que jamás se dé cuenta del cansancio y, en consecuencia, continúe trabajando como si nada y sin percatarse de que no puede más. A tanto llega, que el fin de semana también tiene que llevarse el trabajo a casa y seguir con las tareas autoimpuestas. Entonces, su ignorado cuerpo empieza a emitir señales e, inicialmente, empieza con una hinchazón de las piernas asociada a un dolor que, al principio, apenas percibe y que, más tarde, se hace insoportable y, debido a la intensidad, por fin acude a consultar. Tras una serie de pruebas, no aparece ninguna alteración a la que achacar el síntoma, por lo que su médico de familia la deriva a mi consulta. Durante el análisis se da cuenta de que es como si la sensibilidad (molestias, dolor, agotamiento, hinchazón, etc.) no pasaran de su cuerpo a su cabeza, “como si existiera un bloqueo a nivel del cuello”; dicho de otra manera: entre su cuerpo y su cabeza existe un corte imaginario. Finalmente, tras meses de tratamiento, y haciéndose consciente de la necesidad que tiene de descanso, logra mejorar desapareciendo la hinchazón y el malestar.

Además de lo citado, influye la afectividad; así, si una persona se encuentra deprimida, es posible que detecte menos las alteraciones físicas; al contrario, parece producirse en los cuadros de ansiedad.

c) Factores situacionales. Se cumple que, mientras mayor y más intensa sea la estimulación procedente del exterior, menor percepción sintomática. Ciertas circunstancias son capaces de absorber al sujeto, como es el caso de los padres que tienen que cuidar de hijos pequeños.

d) Influencias socio-culturales. Algunos síntomas son muy prevalentes en determinadas culturas y, por eso, precisamente, son difíciles de ver; de ahí que sea importante el “relieve” que tenga una manifestación sintomática en un determinado grupo. Así, en nuestra cultura, es frecuente el estreñimiento por las prisas, lo mismo que la ansiedad (estrés) y la gente no suele tratarse hasta que el sufrimiento se hace insoportable. Por otra parte, para tratar estas manifestaciones, hace falta acudir a un servicio sanitario, lo cual puede ocupar un tiempo del que no se dispone.

14.3.2. La interpretación del síntoma. Mientras que la percepción (del síntoma) tiene que ver con captar el cuerpo, lo que en él se está produciendo, la interpretación pertenece a la esfera del pensamiento (ver Cap. 7º). Se relaciona con aportar un significado a las alteraciones físicas presentes pero, para lograrlo, hace falta que pasen previamente por el proceso perceptivo (percatarse o darse cuenta). Se trata ahora de lo que el sujeto piensa sobre lo que está experimentando, de manera que el resultado puede ser más o menos acertado.

La interpretación de una manifestación física es acertada cuando se entiende como un “síntoma”, es decir, como un fenómeno producido por el cuerpo que puede afectar seriamente la salud y/o dejar secuelas. Esto se debe a que el “modelo médico”, basado en los descubrimientos de la medicina, ha calado hondamente en nuestra cultura, cosa que no ocurre en otros lugares del planeta, donde no ha sido incorporado (p. ej. aún existe una medicina mágica, suministrada por brujos y chamanes). A pesar de que el “modelo médico” se ha impuesto, no siempre las interpretaciones son las correctas, algunas de las cuáles pueden perjudicar a el/la afectado/a. La interpretación va a depender de los siguientes factores:

a) La materialidad del síntoma. Con este término se indica la importancia relativa que cobra el síntoma en la conciencia del paciente. Si muestra una gran intensidad, obviamente, la interpretación será la correcta (“tengo algo grave y voy a llamar a mi médico de familia” o “me encuentro mal y me voy rápidamente para el hospital”). Si, por el contrario, son síntomas leves es corriente que la interpretación sea incorrecta (“son gases”, “me va a venir la regla”, “me sentó mal el desayuno”, “no voy a beber más vino por la noche”, etc.).

b) La experiencia previa. Los enfermos crónicos son expertos en la correcta interpretación de los síntomas porque ya los conocen. Las embarazadas por segunda vez encuentran significados adecuados a sus molestias; en cambio, las primerizas, al no tener referencias, se quejan más y realizan falsas atribuciones (p. ej. “estoy muy preocupada porque creo que voy a abortar”).

Los síntomas no padecidos antes y, sobre todo si no son demasiado intensos, dan lugar a más interpretaciones fallidas. También puede ser una fuente de error que alguien de la familia haya sufrido una enfermedad importante (p. ej. ante una madre fallecida por un cáncer de mama, la hija puede creer que va a terminar sus días como ella y cualquier bulto o elevación en su mama, va a interpretarla en el mismo sentido).

c) Creencias y opiniones del grupo de pertenencia. Las creencias también pueden dar lugar a atribuciones inadecuadas, pudiendo separarse entre ellas dos grupos:

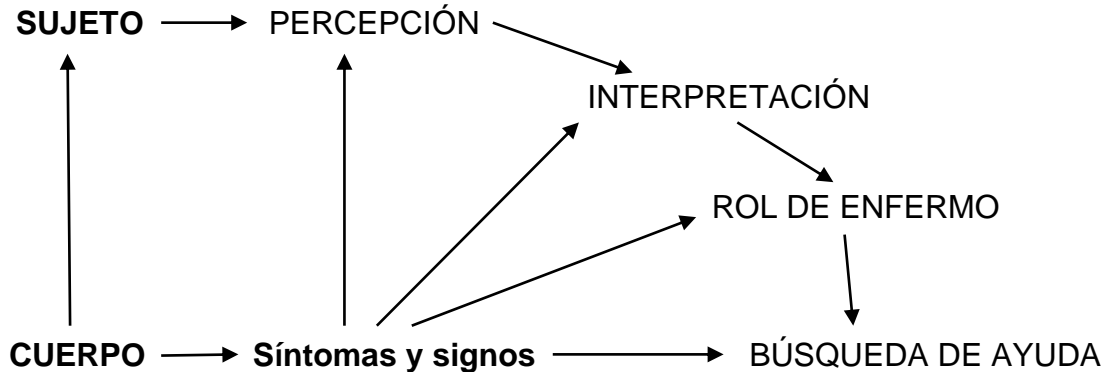
-Las mágicas. Aquí la enfermedad se atribuye a causas sobrenaturales (“mal de ojo”, algún tipo de hechizo o conjuro, encantamientos, alguna sustancia

que pusieron en la comida, etc.). Aunque parezcan desterradas de nuestro medio, siguen dándose y con gran fuerza, para sorpresa de todos (3).

-Las religiosas. En este caso, las manifestaciones sintomáticas pueden achacarse a la acción de la divinidad (“Dios me ha castigado”, “Así lo ha querido Él”) o al pecado y el correspondiente castigo.

Una chica de 22 años, achacaba el lupus eritematoso que padecía desde el año anterior a sus prácticas masturbatorias. No había manera de hacerla cambiar de parecer, pues estaba completamente convencida y ni siquiera podía dudar de sus afirmaciones. Era una persona bastante religiosa.

Ambos tipos de creencias pueden hacer que no se produzca la interpretación correcta (“esto es un problema que tengo en mi cuerpo y he de buscar la forma de obtener una información fidedigna que me confirme o no, lo que sospecho”). En la actualidad, con la presencia en nuestro país de personas de otras culturas, las cuáles traen consigo los correspondientes los significados mágicos imperantes en su medio socio-cultural, conduce a los profesionales sanitarios a estar alerta, ya que estos sujetos se mueven sobre un “doble sistema” (el de la medicina y el de sus propias ideas). Algunas de esas creencias pueden resultarnos extrañas y pueden chocar con los postulados de la medicina.



14.3.3. Asumir el rol de enfermo. Una vez que el sujeto ha captado sus síntomas y los ha interpretado adecuadamente, lo que hace es adoptar el papel social de enfermo. Este se encuentra conformado por una serie de normas y comportamientos que fueron ya formulados por el sociólogo norteamericano Talcott Parsons, profesor de la Universidad de Harvard (4); sus características son las siguientes (“modelo de Parsons”):

a) Ausencia de responsabilidad. Ser enfermo es un rol involuntario, que excede la capacidad de control del sujeto, por lo tanto, este no es culpable de su aparición.

b) No cumplimiento de las obligaciones habituales. El enfermo se encuentra exento de tener que acudir al trabajo o de realizar otras tareas que le han sido impuestas.

c) Reconocimiento de la indeseabilidad. Nadie quiere tener una enfermedad, por lo tanto, la persona tiene que pensar en hacer todo lo que esté en su mano para curarse.

e) Buscar asistencia técnica profesional. Una cosa es pensar en buscar ayuda profesional y otra distinta es ponerse en marcha y solicitar ayuda al sistema de sanitario y ponerse en manos de un profesional sanitario.

Si estudiamos con atención las características, enunciadas por Parsons, nos damos cuenta de que el enfermo se coloca en una posición de “regresión”, vuelve atrás en su proceso evolutivo (convendría repasar los “mecanismos de defensa” del yo, en el Cap. 11º). En efecto, las características que presenta en ese momento son de: dependencia, pasividad, pensamiento mágico (p. ej. cree que el médico lo va a salvar sin siquiera poner de su parte) y búsqueda de adultos omnipotentes. La regresión sana que se produce en la enfermedad es parcial (breve y controlada), resultando necesaria en muchas patologías, pues permite ponerse en manos de un profesional sanitario, e indispensable en las más graves (intervenciones de alto riesgo, cuidados intensivos, etc.).

La regresión también puede hacerse patológica, lo que sucede en aquellas ocasiones en las que el paciente quiere mantenerse en el “rol de enfermo”, en cuyo caso persisten de los síntomas, a pesar de haber sanado. Ello es debido a las ventajas que tiene continuar en este estado y que el “modelo de Parsons” define a la perfección. Decimos entonces que el sujeto obtiene “beneficios secundarios” con el síntoma, adoptando la enfermedad un carácter permanente; para tales casos, se ha acuñado el término de “neurosis de renta” y en ellos se descubre una desproporción entre las manifestaciones sintomáticas y los hallazgos clínicos, al tiempo que los tratamientos específicos no producen ningún efecto positivo. No se trata de simuladores, ya que estos efectos contienen claras motivaciones inconscientes (p. ej. buscar cariño o atención, eludir un ascenso laboral, miedo a la responsabilidad, hacer que el hijo mayor retome los estudios, etc.).

Los simuladores pueden presentar síntomas análogos, pero existe en ellos una motivación consciente que, aunque no la confiesen se encuentra (obtener la nacionalidad española, quedarse con la custodia de los hijos, fingir malos tratos por parte de su marido, conseguir una indemnización, eludir un juicio, buscar una pensión, etc.). Aquí el paciente actúa de “mala fe”, pues intenta engañar al profesional sanitario y, para lograrlo, exagera los síntomas (conducta fraudulenta) o se los inventa, mientras que en la “neurosis de renta”, en todo caso, el sujeto se engaña a sí mismo (deseo inconsciente de estar enfermo).

14.3.4. La búsqueda de ayuda. La última etapa de la conducta de enfermedad consiste en ponerse en marcha para buscar una solución al problema (diagnóstico y tratamiento). Va a depender de:

a) Los factores demográficos. Tenemos en cuenta los siguientes:

-La edad. Los niños y los ancianos son los usuarios más frecuentes del sistema sanitario. Los primeros porque son llevados por los padres, muchas veces ante la más mínima molestia. Los ancianos consultan por la presencia de síntomas reales o, frecuentemente, porque el centro de salud es un lugar idóneo para encontrarse (es tomado como un “club social”).

Un médico de familia, que realiza psicoterapia, me contó la siguiente anécdota: un anciano acudía todos los días a su consulta (para pedir recetas, nuevas molestias, problemas con la familia, inapetencia, etc.) y un día faltó. Entonces, el médico le preguntó: ¿qué te pasó ayer, que no viniste por aquí? El anciano respondió: es que estuve enfermo.

-El sexo. Sabemos que las mujeres consultan más frecuentemente que los hombres; se han esgrimido varias razones, entre ellas son dignas de destacarse: la presencia de más somatizaciones en ellas y, también, porque los hombres tienen que “ser fuertes” de acuerdo con el rol clásico prescrito por la cultura para ellos (“no puedo ser débil”, “no puedo fallarle a los míos”) y aguantan estoicamente las molestias.

-La clase social. Las clases más bajas utilizan menos los servicios de salud y realizan más consultas relacionadas con las medicinas alternativas (curanderos, chamanes, médiums, acupuntura, yerberos, etc.).

b) Los factores culturales. Las minorías étnicas, sobre todo si están concentradas en grupos afines aislados del resto de la comunidad, usan más los remedios tradicionales impuestos por su propia cultura. Entretanto, los grupos urbanos emplean más la medicina y utilizan más las medidas preventivas.

c) Los factores psicológicos. Aquí existen varios elementos a considerar:

-La percepción de la gravedad del síntoma. A su vez dependiente de la gravedad percibida y de ciertos aspectos subjetivos (recordemos a los hipocondríacos).

-Interferencia de los síntomas en las actividades habituales. Una artrosis incipiente de los dedos cobra gran relieve para un pianista o un cirujano y le lleva inmediatamente a buscar ayuda; sin embargo, si esta misma patología si asienta en cualquier otra persona, puede retrasar la consulta indefinidamente.

-Influencia de la familia y la comunidad. Los mensajes familiares tienen un gran peso, ya que existen familias cuyos miembros están preocupadísimos por la

salud, mientras que otras no atienden a este asunto, porque centran su interés en otras cosas (p. ej. dinero, prácticas religiosas, vida social, etc.). Asimismo, los grupos familiares despliegan significados particulares para cada una de las enfermedades.

14.4. La conducta de enfermedad anormal.

La conducta de enfermedad normal suele resultar eficiente en la resolución del problema, pues consiste en el “afrontamiento”; cabe entenderlo como el conjunto de procesos psicológicos, en constante cambio, encaminados a manejar las demandas externas/internas que se generan a partir de la aparición de la enfermedad. Por el contrario, la conducta de enfermedad anormal consiste en la persistencia en:

a) Percibir e interpretar inapropiadamente la enfermedad. Puede ser por:

-Negación: no reconocer que se está enfermo.

-Aportar significados anormales: cualquier pensamiento o idea asociada a la enfermedad, que no la entienda como tal.

-Escape o evasión: entretenerse con cualquier cosa para no verse como un enfermo y acudir a tratarse (p. ej. tareas de la casa, compras, etc.).

-Búsqueda de ayuda no realista (rezos, ensalmos, exorcismos, rituales mágicos, etc.); pueden ser peligrosos cuando se abandona el camino de la medicina.

b) Realizar actos que mantienen la patología (p. ej. un bronquítico crónico que sigue fumando, enfermo hepático que continua consumiendo alcohol, etc.). Estos actos, a su debido tiempo, los llamaremos “conductas de riesgo”.

Una paciente fumadora, de 60 años de edad, ha sido diagnosticada de cáncer de pulmón y orientada terapéuticamente en este sentido. En la consulta, le pregunta al médico: ¿puedo seguir fumando? La respuesta de este fue contundente: “de ningún modo, pero el daño ya está hecho”. De esta expresión, que tiene un carácter eminentemente prohibitivo y tiene dos partes, la paciente se queda solo con la segunda (“el daño ya está hecho”), a la que añade un contenido de su propia cosecha: “luego, puedo seguir fumando porque más daño no se puede hacer”. En consecuencia, a pesar de las intervenciones ¡continúa consumiendo un paquete de tabaco al día!

La realización de conductas de enfermedad anormales, producen dos consecuencias, que pueden llegar a ser nefastas:

1ª) Los retrasos en la solicitud de consulta (“conductas de dilación”). Se trata del tiempo que pasa desde que una persona percibe por primera vez los síntomas hasta que recibe la atención sanitaria. Debido a ello, puede vivir con una

o más manifestaciones patológicas potencialmente serias durante meses (¡incluso años!) sin buscar ayuda, pudiendo ocasionarle un importante perjuicio para salud.

2ª) Lo contrario de lo anterior es el abuso de los servicios sanitarios o utilización excesiva de los recursos (“conducta de abuso”). Evidentemente, si el profesional sanitario ya ha informado a su paciente de que las conductas que realiza son negativas para la evolución de su enfermedad y las sigue realizando, va a tener una serie de síntomas extra que podría haberse ahorrado; como consecuencia de ello, va a consultar más frecuentemente buscando alivio. Puede aplicarse aquí el famoso dicho de: “a Dios rogando y con el mazo dando”; al mismo tiempo que quieren mejorar y/o curarse, siguen realizando actos que lo impiden.

Además, se incluirían aquí individuos que solicitan atención sanitaria y, a pesar de que sus quejas son físicas, el origen de las mismas es psicológico, no debiéndose a una enfermedad (¡el 40-50 % de las consultas médicas son de enfermos funcionales!). Se incluyen en este grupo: depresivos y ansiosos con síntomas somáticos, hipocondríacos y otros trastornos somatomorfos (muestran síntomas sin un soporte material demostrado) y aquellos que buscan obtener una ganancia secundaria con la enfermedad, de los que ya se ha hablado.

BIBLIOGRAFÍA.

1. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2017; 82(3): 271-279.
2. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la hipocondría. Revista de Neuro-Psiquiatría 2021; 84(3).
3. García Arroyo JM. Descripción de las creencias y prácticas mágicas relacionadas con la medicina. Revista Internacional de Humanidades Médicas 2019; 7(1): 1-10.
4. Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza Universidad, 1984.

Capítulo 15º. Las conductas de salud y riesgo. Determinantes y cambio de las conductas de riesgo.

15.1. ¿Qué es la salud?

15.1.1. Dificultades para definir la salud.

Se trata de un concepto muy difícil de definir, no así la “enfermedad” que puede conceptualizarse de una manera clara, debido a la presentación de manifestaciones sintomáticas que el paciente percibe, interpreta, adopta ciertos comportamientos ante ellas, etc.

“Salud” es un concepto cambiante de acuerdo con las condiciones históricas, culturales y sociales. Como ejemplo de ello, diremos que en la Unión Soviética un disidente del régimen (comunista) era considerado como enfermo mental, sobre todo si se oponía frontalmente al mismo, y, como consecuencia, internado en un hospital psiquiátrico. Por el contrario, en la Antigua Grecia un delirante era un “enviado de los dioses”, que tenía “dotes proféticas” y había que escuchar con atención lo que decía.

En primera instancia, se definió la salud de forma “negativa” (aquello que no es), como “ausencia de enfermedad” (un individuo sano es aquel que no está enfermo). Esta conceptualización muestra una realidad dicotómica (sano-enfermo), que es poco útil para la práctica sanitaria, tal como la entendemos en la actualidad. Más tarde, se presentó una definición “positiva” (aquello que sí es) y se habló de un “estado de bienestar físico, mental y social”. Se trata de una ganancia porque, con ella, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a la persona (sentimiento subjetivo: “bienestar mental y social”) y no solo al organismo (“ausencia de síntomas”).

Pero esta última idea de la salud aún resulta un poco miope, ya que esta va a depender directamente de las condiciones del entorno (p. ej. no es lo mismo la salud que puede existir en el barrio de Los Remedios, que en una barriada periférica, como es Pino Montano o Polígono Norte). Parece evidente que, los medios culturalmente deprimidos realizan más acciones de riesgo por desconocimiento; de ahí que no pueda entenderse la salud como un estado absoluto y se tienda a contemplar (actualmente) como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social y de capacidad funcional que permite el medio social en el que está inmerso el sujeto”.

Como consecuencia, surge de lo expuesto la idea de “salud integral” montada sobre el “modelo bio-psico-social”, interviniendo en ella cada uno de estos tres componentes.

15.1.2. El continuo de la salud: la “zona neutra”. La salud ya no puede entenderse como un estado absoluto, sino un “estado funcional razonable”, que implica hasta dónde se puede conseguir en salud, dependiendo del sujeto del que

se trate y de las condiciones del medio en el que este se incluye. Asimismo, se define una “zona neutra”, en la que resulta imposible saber si el sujeto está sano o enfermo; tratase de una nueva idea que rompe con la dicotomía antes mantenida: sano-enfermo. Veamos algunos ejemplos que demuestran este lugar indefinido:

Mujer de 49 años de edad. Debido a su conflicto de pareja (de años de evolución), fuma más de un paquete al día. Al acabar el día presenta una “tos perruna” (en palabras suyas) y, cuando realiza algún esfuerzo (p. ej. subir una escalera), siente que le falta el aire.

Varón de 30 años. Sale todos los días a correr hasta la extenuación, terminando agotado. Se mira bastante al espejo y se ve “muy guapo y atractivo”. Desde que hace tanto ejercicio se ha producido en su vida un claro deterioro en las relaciones sociales.

Joven de 22 años. Para estudiar mejor y quedarse despierto por las noches, toma anfetaminas, cosa que realiza con bastante frecuencia. Una vez pasados los exámenes, duerme varios días seguidos.

Viuda de 56 años. Siempre fue muy dependiente del marido, de manera que él hacía todo: buscaba las amistades con las que la pareja se relacionaba, tomaba la iniciativa en las conversaciones mientras ella permanecía en un segundo plano, llevaba las cuentas de la casa, pagaba las facturas, etc. Ahora que él no está (falleció recientemente), para mantener el contacto con los demás tiene que beber (en secreto) uno o dos chupitos de whisky todas las tardes; solo así puede ser sociable.

Varón de 40 quién. Tras la pérdida de su mujer, se refugia en el alcohol y, como consecuencia de ello, abandona la atención a sus hijos e ingiere menos alimento. La analítica muestra anemia megaloblástica (por deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico).

Los casos podrían multiplicarse; ante cualquiera de ellos, surge la siguiente pregunta: ¿están sanos o enfermos? Si el pensamiento fuera dicotómico, posiblemente se diría de ellos que están “sanos”, si bien habría que añadir un “de momento”. Pero, como no estamos en una forma maniquea de entender la salud, hay que dar otra respuesta. Todos ellos tienen en común estas tres características:

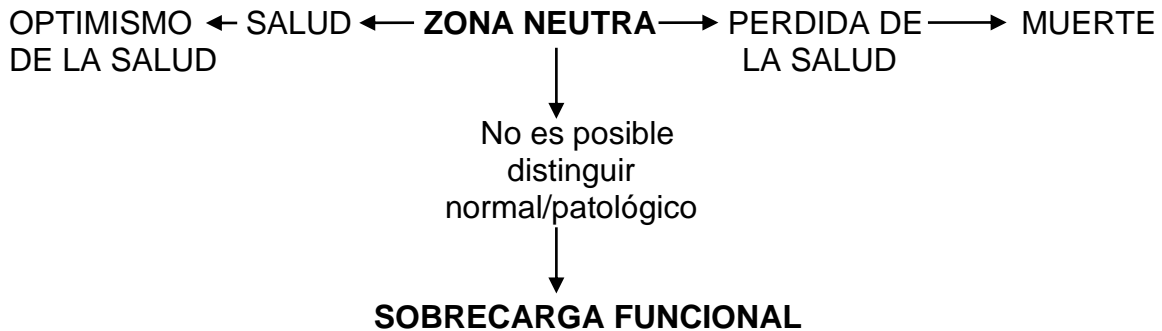
1ª) No se puede afirmar de manera tajante que estén sanos o enfermos.

2ª) Resulta innegable que presentan una sobrecarga en sus organismos, aunque no lleguen a mostrar lesiones identificables.

3ª) Realizan comportamientos que los alejan del estado de salud y los acercan a la enfermedad y, si el comportamiento persistiera un tiempo, es probable que enfermaran.

Por consiguiente, el nuevo modelo de salud establece:

- a) La inexistencia de estados absolutos (“sano”/”enfermo”).
- b) La existencia de una “zona neutra”, caracterizada por la sobrecarga funcional.
- c) Un continuo entre salud y enfermedad, de manera que se gana o se pierde en salud, como puede verse en el siguiente esquema:



La “zona neutra” hay que entenderla como un tejado con doble vertiente, de manera que la persona implicada puede caer hacia un lado o hacia otro, dependiendo de si abandona o no sus prácticas. Si continúa con ellas, parece evidente que la sobrecarga funcional va a superar a la capacidad de neutralización que posee el organismo, llegando a producir alteraciones demostrables (lesiones). Hay que tener en cuenta, además, que la capacidad de neutralización que posee un organismo frente a los agentes que lo sobrecargan, va mermándose conforme se avanza en edad y, consumos que se toleran relativamente bien cuando la persona es joven, llega un momento en que conduce con más facilidad hacia la derecha del grafo (hacia la “pérdida de la salud”).

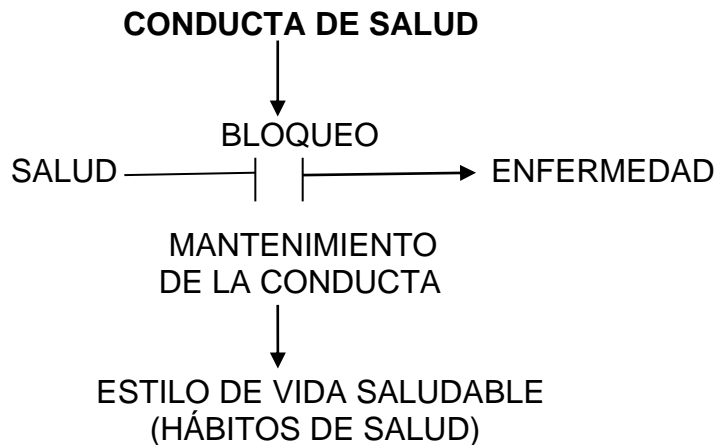
15.2. Las conductas de salud.

15.2.1. Concepto. En la segunda mitad del s. XX, se produce un cambio en la salud de nuestras poblaciones: la mayoría de las muertes se deben a enfermedades relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida; con anterioridad, las infecciones –epidémicas o no- eran las patologías más prevalentes que diezaban a la población. De ahí se sigue, que el mantenimiento de la salud requiera realizar comportamientos saludables y no solo evitar la enfermedad.

Teniendo en cuenta esto, tienen gran importancia lo que modernamente se llaman “conductas de salud”. Se denominan así a las “pautas promotoras o protectoras de la salud, que tienen una importancia en la prevención de la enfermedad, pues impiden su aparición si dicho comportamiento se mantiene”. Son ejemplos de ello: hacer ejercicio, cepillarse los dientes después de las

comidas, hacerse revisiones de la mama, comer sanamente, buena higiene del sueño, controles prostáticos, caminar a diario, etc.

Como cabe entender, cualquiera de los comportamientos saludables que hemos mencionado bloquea el paso de la salud a la enfermedad, como puede observarse en el siguiente esquema:



Considerar la existencia de conductas de salud, implica que:

1º) La persona puede intervenir activamente en su propia salud con sus hábitos, costumbres, conocimientos, valores, creencias, etc. Por consiguiente, la salud está en sus manos y no en las de los médicos.

Esta apreciación supone un grandísimo avance porque, si pensamos la salud como “ausencia de enfermedad”, el individuo no tiene nada que hacer ya que la enfermedad va a aparecer tarde o temprano y perderá la salud. Incluir al sujeto supone un logro pues lo hace responsable directo de su estado físico (“si no estás bien, es porque no haces nada para conseguirlo”). En el esquema antiguo se depositaba la responsabilidad en el médico; era este último quién daba las pautas, mientras el paciente adoptaba un rol pasivo (“me pongo en sus manos, doctor”).

2º) No siempre la persona está dispuesta a realizar una conducta saludable. De hecho, se es más proclive a hacer justamente lo contrario (p. ej. beber alcohol, trasnochar, mantener relaciones sexuales sin protección, ir a gran velocidad por la carretera, no acudir a revisiones dentales, no descansar, matar el aburrimiento con el teléfono móvil, etc.). Esto hace que las conductas de salud sean poco estables, pues suponen para la persona un esfuerzo.

3º) Para que sean efectivas tienen que mantenerse en el tiempo (p. ej. de poco vale que durante un mes haga una dieta rica en fibra, si después voy a volver a comer mismo de siempre –pasteles, pizzas, embutidos, pasta, etc.-).

Como cabe entender, cualquier comportamiento saludable bloquea el paso de la salud a la enfermedad, pero como condición necesaria y suficiente hace falta la persistencia de las acciones.

15.2.2. Tipología. Las características descritas permiten clasificar a las conductas de salud en dos tipos, según se desprende de nuestras propias investigaciones (1):

a) Las “inconsistentes”. Son aquellas que se realizan por autoimposición, es decir, que el sujeto se obliga a sí mismo a hacer algo que en realidad no le apetece, algo que no entra dentro de su repertorio de comportamientos (p. ej. “no como pasteles porque lo tengo que hacer y no porque eso esté claro en mi cabeza”). La realidad es que acaban abandonándose; ya sabemos que las obligaciones provocan más necesidad (p. ej. los atracones que vienen después de las dietas estrictas) e incluso, rebeldía (p.ej. estar harto de las pautas seguidas). Esto se debe, muchas veces, al estado de privación en el que se coloca el individuo, sin que exista un convencimiento para realizar los comportamientos.

b) Las “consistentes”. Presentan las siguientes características, contrapuestas a las mencionadas en el apartado anterior:

-Se encuentran arraigadas firmemente, digamos que están interiorizadas o subjetivadas. La persona está convencida de que es eso lo que le conviene hacer, por lo tanto no tiene que obligarse a hacerlas.

-Se ponen en marcha automáticamente, con lo que el esfuerzo es mínimo.

-Son resistentes al cambio, por consiguiente, logran mantenerse en el tiempo.

Son las más deseables porque pueden modificar radicalmente las condiciones de salud de el/la implicado/a, ya que ese conjunto de acciones las ha hecho suyas y forman parte de su vivir diario.

Un paciente de 53 años de edad, tras ciertas analíticas rutinarias descubre cifras altísimas de colesterol y triglicéridos que, automáticamente, asocia a la vida sedentaria que lleva y a la comida “basura” que ingiere diariamente. Tiempo atrás intentó hacer dietas, forzándose a cumplirlas sin éxito alguno. Ahora sí que se está implicado en el problema, sobre todo al recordar (en las sesiones de psicoterapia) la terrible muerte de sus padres (ambos sedentarios, que fallecieron por problemas cardiovasculares, siendo bastante jóvenes). Así las cosas, todas las mañanas pone el reloj media hora antes, lo que le sirve para iniciar el día con una tabla de ejercicios; para tal fin, ha comprado una serie de aparatos (banco de remos, colchoneta, mancuernas, bicicleta estática, etc.) que ha colocado en un cuarto a propósito, lo que él denomina “mi pequeño gimnasio”.

Hoy en día, casi todos los textos hablan de “estilo de vida y salud”; pues bien, ahora podemos referirnos al “estilo de vida saludable” o conjunto de “hábitos de salud” realizados por un individuo. Se trata de una forma de vivir o estar en el mundo que supone el despliegue sistemático de las conductas de salud “consistentes”, cumpliéndose las características ya descritas antes. Cuando existe un estilo de vida saludable, aumenta la capacidad funcional del sujeto y, paralelamente, también su satisfacción psicológica.

15.2.3. Como desarrollar las conductas de salud.

Para responder a esta cuestión es preciso referirse al “modelo transteórico” de Prochaska y DiClemente (de 1982), que explica cómo tiene que producirse el cambio, dado que este es fundamental para que el sujeto lleve una vida sana (“estilo de vida saludable”). Aunque el modelo se planteó inicialmente para el tabaquismo, tiene una gran utilidad para el resto de los comportamientos saludables.

El cambio que plantean estos autores se basa en la motivación, dado que para cambiar primero hay que desearlo, y puede realizarlo el propio individuo o con ayuda terapéutica. Para Prochaska y DiClemente el proceso de cambio tiene que pasar por siguientes etapas:

1ª) Precontemplación. El sujeto no advierte que tengan un problema o que necesite introducir alguna modificación en su vida; puede asimilarse a la “negación completa” (“a mí no me pasa eso”). Evidentemente, en este momento no suele acudir a tratarse.

2ª) Contemplación. Aquí sí se produce una toma de conciencia, pero no hay esfuerzo alguno para cambiar; es equivalente a la “negación parcial” (“sé que me pasa eso que usted dice, pero ¿qué le voy a hacer yo si soy así?”).

3ª) Preparación. Existe una motivación para el cambio y se analizan los planes específicos para llevarlo a cabo (cuándo, cómo, de qué forma, etc.). No es definitivo porque hay que pasar a la siguiente etapa.

4ª) Acción. Se implica en acciones que le llevarán al cambio, produciéndose una modificación efectiva del comportamiento.

5ª) Mantenimiento. Ahora se trata de conservar los cambios realizados. Puede asociarse a lo que hemos dicho antes sobre las conductas de salud “consistentes”: que deben continuar en el tiempo para que sean efectivas (p. ej. no vale con hacer ejercicio 8 ó 10 días, sino que es necesario persistir en esta acción).

El sujeto tiene que realizar también un “balance decisional”, esto es, valorar en qué ha consistido el cambio y si le ha merecido la pena, estimando los logros conseguidos. Se añade que, en el modelo expuesto, se contempla que el avance

sea espiral (no-lineal), dado que se acepta la posibilidad de “recaídas” (tras un empuje hacia adelante, vuelve a una etapa anterior); incluso, los autores mencionados, entienden la recaída como una etapa más del proceso global, dado que aunque esta se produzca, siempre va a existir un aprendizaje.

Si esto ocurriera habría que motivar y consolar al paciente para que la vuelta a la etapa previa sea lo más cercana a la acción. Dicho de otra manera: se aceptan como normales los fracasos; pensarlo de una forma distinta sería algo irreal. Incluso, puede afirmarse que cada recaída acerca un paso más a la recuperación completa.

15.3. Las conductas de riesgo.

15.3.1. Concepto. Una nueva pregunta, que se desprende de todo lo dicho hasta ahora, es la siguiente: ¿busca la persona su propio bien? ¿intenta conservar su propia salud? La respuesta, evidentemente, es negativa; basta con mirar las estadísticas de accidentes de tráfico, muertes violentas, drogadicción, alcoholismo, infartos de miocardio debidos al estrés, etc. Incluso, habría que decir que, muchas veces, el sujeto humano busca lo contrario a la salud, existiendo algo siniestro en él que lleva a provocarse el malestar y/o llegar a situaciones límite (Freud lo llamó el “lado oscuro” y Lacan la “parte maldita”). En la psicología que estamos desarrollando va a explicar lo que conocemos como “conductas de riesgo”; los lectores más sagaces se habrán dado cuenta de que los pequeños recortes clínicos, presentados al principio de este tema, se refieren a personas que realizan este tipo de comportamientos.

Cuando hablamos de “conductas de riesgo”, la referencia es: un patrón de comportamiento recurrente y repetitivo que pone en peligro la salud y puede llevar al sujeto a enfermar. Esta definición contiene una serie de ideas interesantes:

-se trata de comportamientos, es decir, de acciones que un sujeto realiza en su medio,

-se mantienen en el tiempo de manera constante,

-su puesta en marcha no tiene nada que ver con la reflexión o con la voluntad y

-al realizarlas se pierde la salud y, en este sentido, son opuestas a las conductas de salud.

Las conductas de riesgo pueden ser:

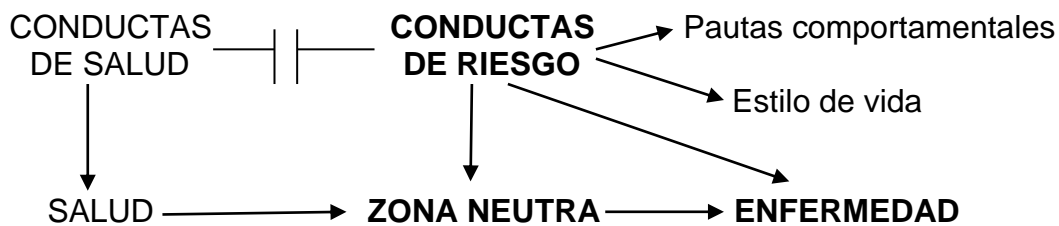
1º) Pautas de comportamiento: su ejecución es automática y las denominamos “hábitos”; son ejemplos característicos: comer abundantemente, abusar del alcohol, consumir tabaco, ingerir estimulantes, consumir drogas o tóxicos, conducir imprudentemente, dormir poco, mantener relaciones sexuales

sin protección, abusar de los ansiolíticos (benzodiazepinas), prolongar los descansos “eternamente”, excederse en el ejercicio físico, comer poco (dietas restrictivas con uso frecuente de laxantes), acciones autoagresivas, etc.

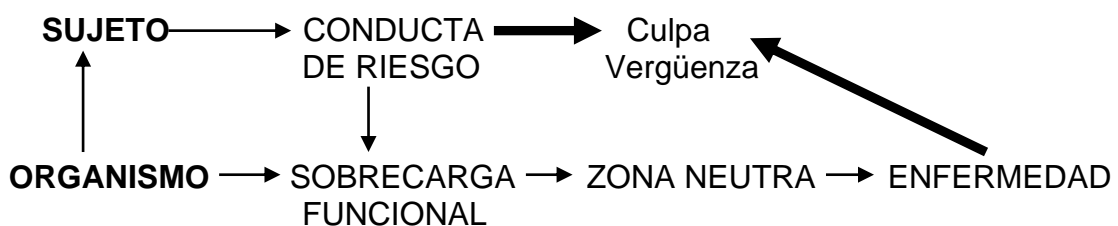
2º) Estilo de vida: conjunto de comportamientos (no aislados) que se organizan como una forma de vivir y contiene tanto pautas como hábitos cotidianos. Son ejemplos: actuar arriesgadamente (no buscando la propia seguridad), la vida sedentaria o pasiva, las prisas continuas o estilo de vida autoexigente, no atender a las necesidades vitales por considerarlas poco importantes en relación a las tareas que se desarrollan, etc.

El estilo de vida se sostiene en las creencias, a menudo bastante arraigadas (p. ej. aprovechar el tiempo al máximo, vivir a tope sin perder ni un solo segundo, la comodidad ante todo, el consumismo a ultranza, etc.

Ambos (pautas comportamentales y estilo de vida) están directamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes (las “tres ces”): corazón, carretera y cáncer.



Uniendo lo que vemos ahora con lo que se dijo al principio del capítulo, las conductas de riesgo provocan una sobrecarga funcional del organismo, de ahí que coloquen al sujeto en la “zona neutra” y, si persisten, pueden llevarlo a enfermar. Este movimiento conduce al sujeto a un malestar secundario: arrepentirse o lamentarse de lo realizado (culpa, vergüenza), que se acentúa cuando aparece la enfermedad; hay que dejar claro que en los psicópatas, a pesar de realizar frecuentes conductas de riesgo, estas manifestaciones son prácticamente inexistentes. El siguiente grafo da cuenta de lo dicho y, como puede verse, las consecuencias afectivas (culpa, vergüenza o malestar psicológico) pueden deberse a: la propia conducta riesgosa o bien, a la provocación de la enfermedad.



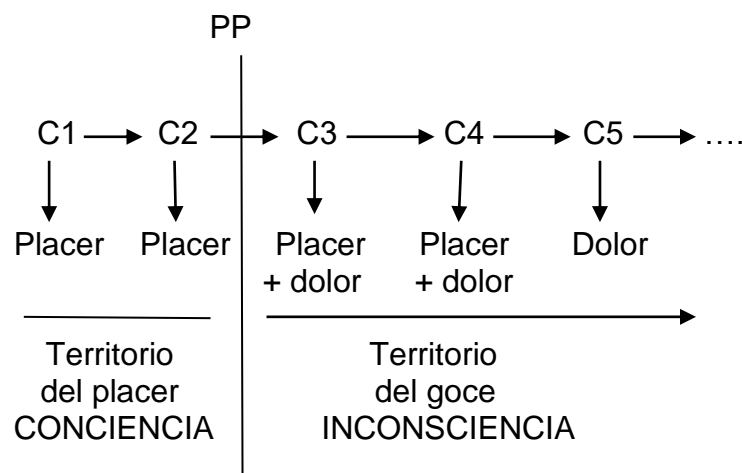
15.3.2. Determinantes de las conductas de riesgo. La base de las conductas de riesgo o aquello que las sostiene, es el “goce”, que aún no sabemos lo que es y que tenemos que diferenciarlo del “placer” (2). Como se trata de un asunto muy difícil de explicar, vamos a hacer lo que podamos con un ejemplo:

El mejor sitio de Sevilla donde ponen la ensaladilla de gambas está en la Plaza del Salvador, tratándose de un verdadero manjar porque las gambas son cocidas junto con las patatas y estas últimas se esponjan con el sabor. Si uno llega allí, después de una mañana de trabajo, pide una caña con una tapa de ensaladilla. ¿Qué se siente? Evidentemente, placer y así es, ya que la cerveza fría refresca las mucosas recalentadas y el sabor de la ensaladilla parece que restablece (1ª conducta).

Pero, la chica que pone esas maravillosas viandas tiene que insistir en que la gente consuma (su contrato depende de ello) y entonces dice: “¿quiere otra?”. La respuesta está cantada: “¡póngala!”. ¿Qué se siente? Se sigue sintiendo placer (2ª conducta).

Mas, la insistencia continúa: “¿quiere una más?”. La respuesta es “no” ¿por qué? Porque si se sigue consumiendo, se empieza a notar cierto malestar: distensión gástrica, sensación de llenado, cierto mareo o inestabilidad, etc. ¿Qué se siente entonces? Respuesta: una mezcla extraña entre placer y dolor. Y, si se sigue consumiendo, el malestar va tomando cada vez más la delantera y el placer disminuye hasta disiparse por completo.

¿Qué ha sucedido? La primer conducta (C1) ha procurado placer, la segunda igualmente (C2), pero la tercera (C3) ya empieza a producir dolor y en las siguientes (C4 en adelante) aparece un claro malestar. A este último lo llamamos “goce” y consiste en una mezcla entre placer y dolor.



Se cumple que, a medida que el número de conductas aumenta, desciende el placer y el dolor se impone. ¿A qué se debe esto? ¿Tiene algún fundamento fisiológico? La respuesta es afirmativa: cada parte del cuerpo nos aporta una dosis determinada de placer, pero no más (p. ej. si estoy viendo una serie la cosa

va bien, pero si me llevo toda la tarde tirado viendo series, ya no siento lo mismo). Veamos algunos ejemplos:

Un varón de 28 años, queda con sus amigos para realizar una despedida de soltero en Cádiz. Alquilan un piso y deciden contratar a unas estripers, para que les hagan un numerito. Mientras se desnudan, se lo pasan bien, se ríen, etc. hasta que, pasado un rato (no demasiado largo), mi paciente hace una indicación al grupo: “bueno, podemos dejarlo ya ¿no? Podríamos irnos a un chiringuito”. Comenta en la consulta que ya no le producía aquello el mismo efecto que al principio y seguir ya era “para nada y era mejor cambiar de escenario”. El ojo solo le ha aportado una dosis de placer, luego se terminó.

Otro varón, de 42 años, que padece una “satiriasis” (adicción al sexo), solo cuenta para él el número de contactos sexuales que tenga. Incluso, en la cabecera de su cama tiene un ábaco, con el que va contabilizando la cantidad de orgasmos que consigue. El mismo dice: “las primeras veces que lo hago al día son estupendas, me lo paso muy bien. Después es triste para mí, porque la eyaculación es lo mismo que orinar, no siento absolutamente nada”.

Las características del “goce” que lo diferencian del “placer” son las siguientes (2):

1. No tiene medida, ni límites. El límite finalmente lo pone el cuerpo (p. ej. si bebo mucho, termino vomitando y “hecho un trapo”).
2. Es una forma de (auto)destrucción: se juega con la muerte (pensemos en alcohólicos, toxicómanos, consumidores de ansiolíticos, ludópatas, etc.).
3. Aumenta el riesgo de enfermar o morir si se mantiene.
4. Se encuentra en la base de las llamadas “conductas de riesgo”, de ahí la importancia que adquiere su conocimiento en las entrevistas clínicas.
5. Es también el sustento de los comportamientos de búsqueda de emociones, propios de personas vacías (como es el caso del “adicto al sexo” antes expuesto).
6. La sociedad lo considera repudiable (a nadie le gusta una persona que se lleva horas jugando a las maquinillas, pegada al móvil, fumando, comiendo en exceso, viendo películas sin parar, matándose en un gimnasio, etc.). Curiosamente, existen numerosos adjetivos que definen a estas personas y que están muy extendidos.
7. Mientras el individuo se desenvuelve en el territorio del placer es consciente pero, en el momento en que pasa al del goce es inconsciente, pues

una conducta lleva a la otra y la otra a la siguiente y así sucesivamente, sin poder parar.

Las personas esconden el goce, tanto a la mirada ajena (actuaciones) como en sus discursos (palabra), no siendo extraño que el paciente oculte información y/o mienta en este sentido. Esto aparece con cierta frecuencia en las consultas (p. ej. la viuda que consumía chupitos de whisky tardó varios meses en confesar su comportamiento) y lo veremos con más claridad cuando tratemos la entrevista psicológica. Un profesional sanitario que sea capaz de obtener esta información, creando un clima de confianza en la consulta, podrá explicar de una forma más clara la aparición o mantenimiento de ciertos síntomas y tendrá en su poder historias clínicas más completas.

Pero ¿existen circunstancias que lleven al sujeto a gozar? Indudablemente. El goce se puede buscar de forma más frecuente por:

a) La acción del grupo. Mientras más influenciable sea un individuo, peor; suele tratarse del miedo al rechazo. Esto sucede de manera más clara en la adolescencia, momento en que se desea a toda costa formar parte de una pandiilla, evitando el aislamiento o la marginación (ver capítulo 12º, apartado 12.5).

b) La búsqueda incesante de emociones (ver capítulo 8º). Son personas vacías, a las que Kurt Schneider llamaba “inestables” y que muestran una incapacidad para construir nada en su vida (falta de vínculos sentimentales).

c) Algunas circunstancias vitales también cuentan en este sentido, como es el caso de los momentos de crisis o desesperación. Se encuentran bien definidas las crisis de los separados y los divorciados, sobre todo si esos momentos han sido duros, en cuyo caso caen en una regresión y realizan comportamientos adolescentes (p. ej. beben en exceso, trasnochan, se dedican a las conquistas sin miramientos, se hacen fiesteros, etc.).

d) El nivel cultural e intelectual también influye. Aquellos individuos que son menos inteligentes y que tienen poca cultura, son los más propensos a no poder autolimitarse y a cometer más excesos.

e) Negación del riesgo. Existen personas que se creen inmortales que, hagan lo que hagan, no les ocurrirá nada. No quieren sentirse vulnerables y van a actuar desmedidamente. Esto es mucho peor si se combina con creencias particulares; una de ellas, muy extendida hoy en día, es el *carpe diem* o “vivir al día”: hay que aprovechar cada momento porque, ahora que somos jóvenes, podemos hacerlo.

El goce, al igual que los tumores, puede llegar a ser “maligno”. Esto sucede en individuos cuya forma de gozar se encuentra al margen de la legalidad y/o hacen daño a los demás, no importándoles lo más mínimo lo que suceda y sin

tener en cuenta las consecuencias de sus actos (p. ej. robos, pillajes, vejaciones, sometimientos, venta ilegal, tráfico de drogas, trata de blancas, etc.).

15.3.3. Cambio de las conductas de riesgo. La última pregunta del capítulo es: ¿cómo se para esto? Hemos dicho ya que las conductas de riesgo están muy extendidas y que atentan contra la salud de una forma alarmante (pensemos, p. ej. en la cantidad de fumadores que hay en nuestro medio). Hemos dicho ya que las órdenes y mantatos (auto o heteroimpuestos) no sirven de mucho, pues funcionan como “las promesas de primero de año” (“voy a hacer dieta y a comer mucho menos”), cuyo resultado es que todo vaya a peor (un par de meses después viene el atracón, que hace sentir a la persona más culpable aún). Consecuencia: la prohibición del goce engendra más goce.

Para meter en cintura a las conductas de riesgo, se puede trabajar en dos frentes:

1º) Social. Se trata de los mensajes informativos que aportan las instituciones sanitarias; para que sean efectivos, tienen que reunir dos condiciones:

-Ser claros, cortos y directos. Nadie se detiene en leer un texto largo, ni tampoco escucha una perorata de media hora.

-No recurrir al miedo. Lo contrario es un error frecuente que puede tener consecuencias, como puede verse en el siguiente caso:

Un varón de 36 años, mostraba cierto temor al contacto físico con mujeres. En una de las sesiones comentó un detalle que tenía cierto interés: cuando tenía 8 ó 9 años, los cursas de su colegio intentaron enseñarle lo que era la sexualidad al grupo (todos eran varones) y pusieron una serie de diapositivas de los órganos sexuales (masculinos y femeninos) mostrando enfermedades venéreas. A pesar de la buena intención de aquellos maestros, el resultado fue desastroso, pues los niños salieron horrorizados de aquellas clases y, según indica el paciente, muchos salieron con la idea de que “la sexualidad era algo muy peligroso”.

2º) Los cambios verdaderamente efectivos son los que se producen en psicoterapia. Mediante ella se puede conseguir que el sujeto conozca y se conciencie de los riesgos vitales a los que se somete con sus actuaciones. Pero, además, resulta importantísimo que tenga una salida psicológica para frenar el goce, pero ¿cómo se consigue?

La única respuesta es que el propio “principio del placer” (PP) es el límite del goce (ver el grafo anterior); quiere decir que, si soy capaz de disfrutar con lo que hago o si aprendo a hacerlo (p. ej. tomando tan solo dos tapas de ensaladilla de gambas), no tengo por qué seguir más allá (p. ej. terminar vomitando y aborreciendo la ensaladilla para siempre). El gran problema es que muchas

personas son incapaces de disfrutar con lo que hacen y, por ello, han de continuar realizando los comportamientos hasta el final (C3 → C4 → C5 → ...), intentando alcanzar una satisfacción que no le llega de ninguna manera.

En este sentido, también resultan negativas las altas expectativas (respecto a las amistades, la profesión, los proyectos, los viajes, etc.) porque, si consigo algo, me siento bien un instante para, más tarde, volver a sentir que no tengo nada (vacío) y de nuevo buscar y buscar, para volver a no valorar lo que consigo. Evidentemente, las conductas placenteras (disfrute) son constructivas para la persona, pues no conllevan destructividad alguna, por lo tanto, fomentan la salud de los individuos. Consecuencia: una persona que es capaz de disfrutar de su vida y de su trabajo, es una persona saludable que no necesita ningún exceso (goce).

BIBLIOGRAFÍA.

1. García Arroyo JM. Componentes subjetivos de las conductas de salud. Interpsiquis, 2013.
2. García Arroyo JM. Componentes subjetivos de las conductas de riesgo. Interpsiquis, 2013.

Capítulo 16º. El dolor. Dolor y funciones psicológicas. Relaciones con la personalidad. Manejo del dolor.

16.1. Concepto y funciones del dolor.

Junto a la angustia y la ansiedad, el dolor es una de las causas más comunes de sufrimiento humano y, además, es la razón más frecuente para buscar ayuda de los profesionales sanitarios, incluido el odontólogo. Al mismo tiempo, el elevado consumo de antiálgicos por parte de la población está causando un grave problema de salud pública, sobre todo debido a la dependencia de los nuevos fármacos opioides. Todo ello informa de la importancia que tiene para cualquier sanitario el asunto del dolor, de ahí que tengamos que dedicarle un capítulo en exclusiva.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable ligada a lesiones tisulares presentes, potenciales o descritas en términos que evocan una lesión”. Podemos entender al dolor como una experiencia subjetiva compleja que consiste en:

a) Una sensación (no es un sentimiento) de carácter desagradable o displacentera.

b) Resultado del daño provocado en los tejidos por un agente, que puede ser externo (p. ej. el fuego) o interno (p. ej. el ácido clorhídrico en la pirosis).

c) Provoca la implicación emocional del sujeto.

d) Resulta importante el informe verbal del sujeto, que forma parte de lo que se ha llamado en la actualidad la “narrativa del sufrimiento”.

Cumple las siguientes funciones:

1) Defensiva. Protección frente a los agentes nocivos externos: al producirse el dolor se interrumpe el contacto con ellos (p. ej. si me estoy quemando con una plancha, en cuanto noto el malestar, retiro la mano y así protejo mis tejidos). Existe un síndrome llamado de “analgesia congénita” en el que falta el papel de la alarma dolorosa desde el nacimiento, tratándose de individuos que viven poco debido a la falta de defensa que tiene el cuerpo.

2) Alerta. Advierte si el organismo no funciona bien y, así, muchas enfermedades potencialmente letales se diagnostican gracias al dolor (p. ej. en el cáncer de páncreas aparece un dolor que adopta la forma de una barra aplastando el abdomen).

3) Impide la repetición de las situaciones dañinas. Se produce gracias a que la sensación dolorosa queda asociada a una circunstancia particular (p. ej. si he metido el dedo en el enchufe, no lo vuelvo a hacer más evitando que me dé un

calambrazo). Funciona como un “castigo”, que disminuye la posibilidad de que la conducta vuelva a repetirse.

Pero, el dolor da lugar a una importante paradoja, que es la siguiente: existen dolores muy intensos en casos de lesiones mínimas (p. ej. el dolor de muelas –odontalgia-) y, sin embargo, existen grandes alteraciones físicas sin apenas dolor (p. ej. ciertas neoplasias invasoras).

Hay dolores fugaces o transitorios que forman parte de nuestra experiencia cotidiana y que carecen de importancia clínica (p. ej. el dolor de cuello que experimentamos tras adoptar una postura incómoda en la cama o el dolor de estómago tras una ingesta copiosa). La importancia se adquiere cuando el dolor es intenso, persistente o recurrente; trátase estas de características que ponen en alerta tanto al paciente como al sanitario, sobre todo si no puede relacionarse con una causa inmediata como las citadas en los ejemplos.

16.2. Tipos de dolor.

Resulta muy útil en el ámbito de la salud separar entre:

16.2.1. Dolor agudo. Se trata de una manifestación sensorial que sirve para alertar al conjunto del organismo de una lesión (externa, interna). Pone en guardia al sujeto sobre la gravedad del problema.

16.2.2. Dolor crónico. Sensación dolorosa persistente (más de 6 meses), que no cede con los tratamientos y se convierte en un elemento esencial de la enfermedad para el paciente. A su vez, dentro de la categoría del dolor crónico pueden establecerse varios subtipos:

A) Nociceptivo. Aquí se produce un gran aflujo de estímulos al sistema nervioso central debido a la excesiva activación de los receptores (p. ej. grandes quemados, enfermedades degenerativas, traumatismos, postoperatorios, etc.). Tiene utilidad pues se asocia a la función defensiva.

B) Neuropático. Se debe a una afectación del sistema nervioso periférico (p. ej. sección de un nervio, neuropatía diabética, etc.) o central (p. ej. traumatismo medular, infarto cerebral, etc.). No tiene utilidad defensiva y puede llegar a ser invalidante.

C) Psicógeno. No existe una lesión o, si ha existido, ha desaparecido. No se explica por un mecanismo fisiopatológico; quiere decir que se ponen en juego los factores psicológicos (o emocionales, como más tarde se verá). Engel y Mechanic hablaron de las “personalidades propensas al dolor”. Puede tener un propósito inconsciente (p. ej. conseguir el afecto o la atención de las personas cercanas).

D) Mixto. Se encuentra una lesión pero no explica ni la gravedad ni la persistencia del dolor (p. ej. tiene un dolor muy intenso en la zona cervical, pero las lesiones que se advierten no son suficientes para relacionarlas con dicha sensación). Curiosamente aumenta cuando la persona tiene que afrontar responsabilidades de ahí que se postule, como en el caso anterior, ciertas motivaciones o propósitos.

16.3. Componentes cognitivos del dolor.

Antes se dijo que el dolor es una experiencia compleja y ciertamente lo es. Cuando un material humano concreto tiene esta característica, hay que descomponerlo en unidades más pequeñas para poder estudiarlo. En principio, en la experiencia dolorosa hay que separar los “componentes cognitivos” de los “afectivos” o “emocionales”; comenzamos con los primeros de ellos:

16.3.1. La sensación. El dolor es una sensación displacentera ubicada en un sector de la corporalidad y es “subjetiva”, lo que indica que solo es accesible a la persona que lo experimenta. No existe ningún aparato o medio (físico o químico) que sirva para detectar o medir objetivamente el dolor, aunque sí puede inferirse de manera indirecta a partir de la presencia de ciertas lesiones que podrían justificarlo; aún así, la sensación dolorosa es indemostrable. De ahí que existan muchas personas que la llegan a simularla, con un objetivo claro (p. ej. conseguir una baja laboral).

La sensación dolorosa, entendida como síntoma, resulta clave para llegar al diagnóstico, de ahí que se estudie con gran precisión (localización, irradiación, duración, intensidad, circunstancias que lo mejoran o empeoran, etc.). En este sentido, va a formar parte de síndromes clínicos conocidos donde la anamnesis es fundamental. Las características de la sensación dolorosa son las siguientes:

a) Imposibilidad de ser negado ya que se trata de una experiencia que se impone en la conciencia. Sí puede disimularse, sobre todo si no es demasiado intenso, buscando que se cumplan ciertos propósitos (p. ej. para que los demás no vean la correspondiente expresión, que denotaría “debilidad”).

b) Se produce de modo instantáneo. No existe demora entre la lesión y la aparición del dolor.

c) No puede ser verificado. Con lo único que contamos es con la palabra del paciente (la “narrativa del sufrimiento”) y con ciertas manifestaciones físicas que pueden inducir a pensar que, efectivamente, son el origen de la sensación dolorosa. Antes se habló de que en el dolor de tipo “mixto” las lesiones no explican la gravedad ni la persistencia del dolor; véase, que aquí se entra en el criterio de valoración del profesional sanitario y en la consideración, por parte del mismo, de la personalidad del paciente y de las motivaciones (conscientes o inconscientes) que lo llevan a mantener el estado en el que se presenta.

d) Provoca la aparición de posturas antálgicas. A menudo vemos al dolorido en una postura corporal característica, buscada porque disminuye la sensación dolorosa. Puede llegar, incluso, a quedarse inmóvil; esto último tiene un gran utilidad física ya que facilita la curación de las lesiones; así, en una fractura dejar el miembro afectado quieto favorece la osteosíntesis, cosa que no sucedería si permaneciera en movimiento; las férulas y escayolas fomentan este aspecto que la propia naturaleza pone en marcha.

En este sentido, se puede decir que el dolor actúa como “reforzador negativo” ya que, si me muevo aparece el dolor por lo tanto, me quedo quieto y ya no lo siento; quiere decir que el dolor, entendido como estímulo desagradable, aparece antes de la conducta de inmovilidad.

e) Da lugar a una expresividad característica, que en conjunto se denomina “conducta de dolor”: gritos, quejas, lamentos, contorsiones, llanto, etc. En última instancia, estos comportamientos se asocian a una llamada primitiva de auxilio al Otro todopoderoso, que puede ayudar a resolver el sufrimiento; ello implica la presencia de una regresión (hacerse más pequeño para que un adulto lo salve). Esta expresividad se produce con más facilidad en mujeres (no en todas, claro), encontrándose en el origen de la diferencia la presencia de patrones culturales adquiridos durante el proceso educativo.

16.3.2. La percepción. Siempre se cumple que la sensación dolorosa tiende a rebasar los límites de la lesión; así, cuando se siente dolor en una zona determinada (p. ej. debido a una herida en la piel), la sensación no acaba en los exactamente en los bordes de la herida. Entonces, al observar la zona afectada, al percibirla visualmente, se unen la sensación corporal y la percepción visual y el resultado consiste en que se contiene la zona dolorida en un espacio preciso. Esto se debe a que se produce una integración entre la sensación corporal (dolor) y la percepción óptica (visión de la parte afectada), concretando el dolor en un lugar de la superficie corporal. El resultado es la contención ya que se pone una nota de realidad en algo tan difuso como es la propia sensación dolorosa.

SENSACIÓN DOLOROSA	+	PERCEPCIÓN	=	CONTENCIÓN DEL DOLOR
CORPORAL		VISUAL		
(difusa)		(concreta)		

De lo anterior se sigue que el dolor visceral, al no poder apreciarse la zona afectada con claridad, porque es interna, se siente más difuso y de mayor gravedad; en tal caso, no se puede poner la nota de realidad que hemos descrito y que aporta la percepción visual.

16.3.3. La atención. El dolor se impone en la conciencia, sobre todo si es intenso, provocando un estado de ensimismamiento; entonces, el sujeto deja de captar el mundo externo y pone su atención en la sensación que le domina. Ello puede dar lugar, sobre todo si el dolor es crónico, a un deterioro en las relaciones

sociales e interpersonales. En consecuencia, todo aquello que atrae la atención de la persona implicada hace que el dolor se experimente con menor intensidad, pudiendo llegar a no sentirlo (analgesia); esto sucede cuando los soldados se encuentran en combate, mientras están luchando y, aunque alguna bala los haya alcanzado, no sienten el dolor. Pero, tras la lucha, empiezan a manifestarse las consecuencias dolorosas de las lesiones sufridas.

Hay que añadir a lo dicho que empleo de distracciones forma parte del tratamiento psicológico de los pacientes con dolor crónico.

16.3.4. La imaginización. Consiste en adjuntar una imagen a la sensación dolorosa, constituyéndose en un proceso de asimilación subjetiva de la experiencia. Consiste en englobar el dolor en figuras características, es decir, crear una representación fantástica del dolor que intenta mantenerlo dentro de ciertos límites.

La artista mejicana Frida Kahlo, que padecía fibromialgia, se dibujó a sí misma en uno de sus cuadros con 11 flechas clavadas justamente en los puntos dolorosos de su cuerpo. Evidentemente, nadie le había clavado ninguna flecha (realidad), pero sí es como ella se imaginaba su dolor (fantasía), tratándose de una forma de representarlo y, más que nada, de apaciguarlo.

Luego, el dolor no solo se intenta contener con ciertos procesos orgánicos que están descritos en los textos (de anatomía o de fisiología), sino que también se procura calmar desde los procesos psicológicos. Aunque estas figuraciones son subjetivas (cada paciente hace la suya propia), en medicina existen descripciones ya clásicas que detallamos a continuación:

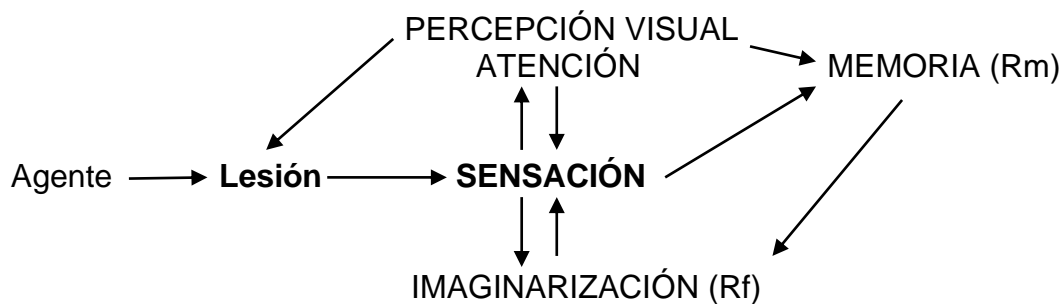
FIGURACIÓN	DENOMINACIÓN	PATOLOGÍA IMPLICADA
Pinchazo	Pungitivo	Pleural
Lanzada	Lancinante	Peritonitis
Opresión	Constrictivo	Accidente coronario
Pesadez	Gravitatorio	Jaqueca
Corrosión o taladro	Terebrante	Odontalgia
Quemadura	Urente	Esofágico
Descarga eléctrica	Fulgurante	Neuralgia
Latidos	Pulsátil	Cefaleas, abscesos
Noria (ascensos y descensos)	Cólico	Nefrítico

Evidentemente, en ellas los médicos se dejaron llevar por el imaginario colectivo o grupal.

Es posible, incluso, que la parte afectada por el dolor pueda llegar (en el proceso de imaginización) a tener vida propia, aspecto al que luego volveremos.

16.3.5. La memoria. El recuerdo de la sensación displacentera, ahora grabada en el caudal mnémico, impide que la experiencia vuelva a repetirse. Si el dolor es agudo, se impide un nuevo contacto con el agente y, si es crónico, pueden recuperarse de la memoria aquellas situaciones en las que el dolor aparecía o aumentaba de intensidad (p. ej. hábitos, dietas, actividades, posturas, posición durante el sueño, etc.).

En el siguiente grafo se ponen de manifiesto las complicadas relaciones que existen entre los diferentes componentes cognitivos del dolor:



16.4. Componentes afectivos del dolor.

La aparición del dolor en cualquier parte del cuerpo rompe la armonía preexistente del sujeto, de manera que se producen reacciones emocionales; estas pueden diferenciarse según el dolor del que se trate:

a) Si es agudo son comunes: miedo, enfado, irritabilidad e ira; la activación que provocan estas emociones aumenta la alerta, llegando a producir insomnio (provocado no solo por la sensación dolorosa en sí misma). Si es demasiado intenso, aparece el desmayo como manera de desconectar la conciencia, para interrumpir el curso de una sensación que se hace insoportable.

b) El dolor crónico se acompaña de: desesperanza, desesperación, impotencia, falta de autoestima o autoinculpación. Con cierta frecuencia el paciente se echa la culpa de su aparición; a menudo, rebusca en su historia más inmediata aquellos hechos que le han podido llevar al malestar que siente.

Las emociones son las responsables del “umbral doloroso” o intensidad del estímulo necesario para que la persona lo perciba como doloroso; aquellas hacen que el umbral pueda moverse. Esto justifica que el dolor se perciba de distinta manera según la personalidad y las diferencias que existen entre alteración física y sensación dolorosa; de este modo, hay personas con una sensibilidad extraordinaria al dolor (tienen el umbral bajo), mientras que otras resultan más resistentes a dichas sensaciones (tienen el umbral alto). Tales diferencias fueron demostradas por nosotros en chicas jóvenes con “dismenorrea primaria”, como ya

comentamos en el capítulo anterior; todas ellas mostraron un umbral demasiado bajo por el dolor (1).

Entre la alteración física y la sensación dolorosa pueden presentarse las siguientes variantes:

a) Disminución de la sensación dolorosa (hipoalgesia). La hallamos en las siguientes circunstancias:

-Los psicópatas, que muestran una bajada en las respuestas emocionales (frialidad), frecuentemente presentan una disminución del dolor que puede llegar a la analgesia; veamos un caso:

Estando en una ocasión de guardia en el Hospital me llamaron desde el servicio de Traumatología para determinar el estado mental de un motorista que había tenido un accidente. Le había ocurrido lo siguiente: yendo en su vehículo pasó por su lado, a gran velocidad, otra moto que le cortó el pie de manera limpia a la altura del tobillo. El traumatólogo estaba sorprendido que no sintiera prácticamente dolor, con la lesión tan tremenda que presentaba; creía que el paciente estaba drogado (sustancias de diseño, cocaína, anfetaminas, etc.), pero no había signos de tal cosa. Hablando con él contó, con cierta indiferencia, que había metido el pie en una bolsa y lo había traído al hospital para que se lo cosieran. El estudio de su personalidad reveló rasgos psicopáticos, los cuáles explicaban de alguna manera la hipoalgesia.

Este fenómeno justifica que los psicópatas sean buenos soldados, pues pueden convertirse en “máquinas de guerra”; Jacques Lacan ya hizo alguna aportación en este sentido cuando estuvo en Inglaterra.

-La sugestión puede producir el mismo efecto, un fenómeno que puede utilizarse clínicamente para disminuir la sensación dolorosa. Don Santiago Ramón y Cajal no solo se dedicó a estudiar el tejido nervioso, sino que investigó sobre la sugestión y la hipnosis y las aplicó a las mujeres de parto, instaurando el parto sin dolor, procedimiento que aplicó a su propia mujer.

-Las personas altamente concentradas en una tarea, como pueden ser los boxeadores, cuando realizan la correspondiente actividad dejan de sentir el dolor.

b) Aumento de la sensación dolorosa (hiperalgesia). Si las emociones son demasiado intensas, cualquier estímulo puede provocar dolor; se habla entonces de “dolor neurotizado” (2). Este fenómeno puede encontrarse en las siguientes circunstancias:

-Histéricos, fóbicos. Las personas fóbicas muestran una anticipación del dolor que las mantiene en un estado de alerta nada beneficioso de cara a las intervenciones, un aspecto que el odontólogo debe tener en cuenta. Se añade

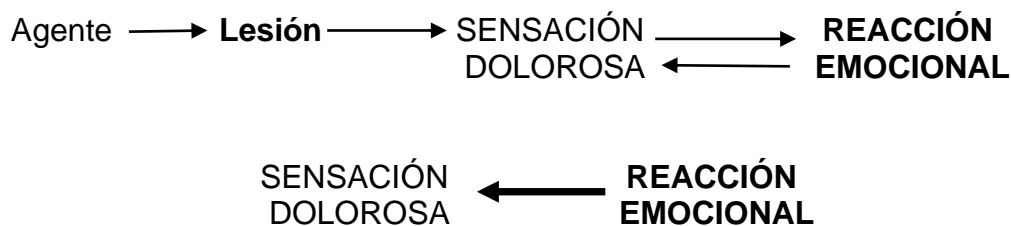
que la histeria ha evolucionado en el mundo contemporáneo hacia cuadros dolorosos (fibromialgia), dejando atrás las crisis conversivas que llenaban las consultas de los psiquiatras (convulsiones).

-Personas dependientes, con baja autoestima e introvertidos.

-Si se producen frases culpabilizadoras desde el exterior aumenta la sensación dolorosa, es decir, en aquellos casos en los que aparece un Otro culpabilizador (“tú te lo has buscado, así que no te quejes”) o en actuaciones poco comprensivas (“bueno, que no es para tanto”, “lo que he tenido yo es mucho peor que lo tuyo y no me quejaba así”); en todos ellos desciende también el umbral doloroso.

c) Aparición del dolor sin alteraciones físicas (dolor psicógeno). También es posible que el dolor aparezca sin ninguna lesión, lo que se debe al influjo de las emociones intensas. Las clasificaciones actuales de trastornos mentales abren una categoría para esta alteración que se denomina: “trastorno de dolor somatomorfo” (3). Entonces, la queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o por un trastorno somático. Se añade que esta sensación se presenta con frecuencia en circunstancias relacionadas con conflictos o problemas, o que dan lugar a un aumento significativo del apoyo o la atención de los demás. Como cabe pensar, tales personas buscan profesionales de la salud que las diagnostiquen correctamente, mientras se encuentran frustrados al no hallar respuestas definitivas.

En el siguiente grafo se pone de manifiesto las dos posibilidades: 1ª) que el dolor ponga en marcha una reacción emocional, identificándose un agente o 2ª) que las emociones intensas provoquen manifestaciones dolorosas sin que haya un agente. En el primer caso, las emociones pueden (retroactivamente) influir sobre la intensidad de la sensación.



16.5. La incorporación subjetiva del dolor.

Anteriormente, hemos estudiado algunos mecanismos psicológicos que procuran incorporar subjetivamente el dolor, como era el caso de la creación de un recuerdo o la imaginización. Pero, ahora es el momento de tratar de algunas

formas específicas de proceder que pretenden subjetivarlo de una manera más eficaz.

16.5.1. El significado. Se trata de cómo interviene el pensamiento racional para asimilar el dolor. Muchas veces, cuando se le pregunta al paciente a qué achaca su dolor, suele responder con lo que cree que le está ocurriendo (p. ej. tiene un cáncer y se va a morir). Entramos en un plano nuevo del dolor: el sentido; ahora el sujeto implicado aporta un significado a su experiencia, tratándose de una construcción personal que no tiene por qué casar enteramente con la realidad.

-Cuando es agudo, el significado que se aporta tiene un carácter inmediato y es de muerte inminente, ya que existe una gravedad percibida (pensemos en la apendicitis aguda, el infarto agudo de miocardio o el embarazo ectópico).

-Si es crónico, se vive como un sin-sentido, como un absurdo. Sobre este punto se posan las creencias del enfermo (p. ej. “castigo por mis pecados”, “una prueba que me pone Dios, ¡otra más!”, “la mala suerte que me ha rondado toda mi vida”, “mi destino es que todo me salga mal siempre”, “es mi karma del que no puedo librarme”, etc.). Puede conducir a la depresión, al tratarse de un sufrimiento inútil. Un sufrimiento útil sería el de la mujer que está de parto: va a aguantar lo que sea con tal de que le nazca un niño sano y fuerte.

Freud había acordado con su médico, el doctor Max Schur, precipitar su final si el dolor asociado a su enfermedad llegaba a límites insoportables; dijo con toda claridad: “ahórreme sufrimientos gratuitos”. Sufría un cáncer de mandíbula por el que había sido sometido a más de 30 intervenciones quirúrgicas. Un día le pidió al afamado doctor que cumpliera con su parte del trato y así lo hizo, dado que el dolor no tenía ningún sentido (sin-sentido). Presto, el doctor Schur le inyectó dosis letales de morfina que terminaron con su vida el día 23 de septiembre de 1939; tenía 83 años y ocurrió en Londres.

Como hemos dicho repetidas veces, el dolor da lugar a una “narrativa del sufrimiento”, que consiste en un relato construido por el propio paciente con el que intenta dotar de un sentido a su malestar, intentando apagar el absurdo. Esta narración es personal y, en consecuencia, no tiene nada que ver con lo que diga otro sujeto sobre su propio malestar. Realizar este esfuerzo (narrativo) implica poner en palabras aquello que no se puede (o no se sabe cómo) hablar, porque el dolor forma parte de lo real del cuerpo, algo que escapa a la palabra.

16.5.2. Los sentimientos. Ahora se trata de englobar al dolor en la estructura subjetiva y, con esta acción, el paciente hace suyo el dolor. Alonso Fernández habla de “apropiación del dolor” (2) y, siguiendo la línea del presente capítulo, podemos referirnos a una nueva forma de “subjetivar del dolor”. Hemos visto como los pacientes que lo han incorporado a su subjetividad, a menudo, dan

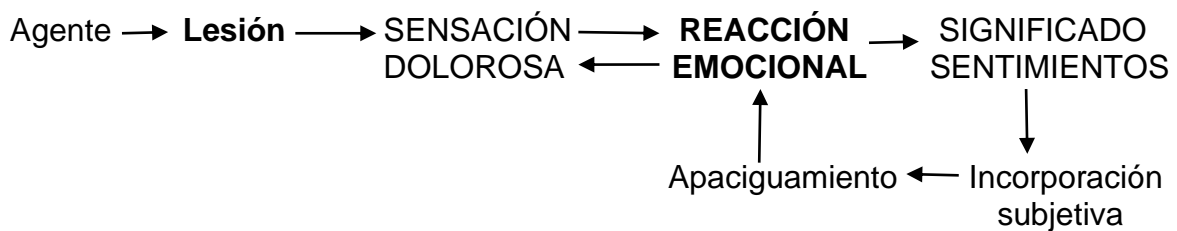
un nombre al dolor o lo personalizan (“ese maldito”, “el indeseable”, etc.). Pero, no todos ellos llegan a este punto (favorable) y, en este sentido, se han definido distintas posturas respecto al dolor:

-No aceptación: actitud de rechazo completo, que puede tomar la forma combativa o la de abandono.

-Aceptación. Cuando esto sucede, se consigue que se atemperen las emociones por el predominio de los sentimientos, con lo que puede variar favorablemente el umbral doloroso. Hablamos entonces de la transformación de un “dolor neurotizado” (comandado por las emociones) en un “dolor humanizado” (dirigido por los sentimientos) (2).

-Aceptación patológica. Las agrupadas en este apartado son personas que buscan el dolor por la razón que sea: masoquistas, ganancias secundarias, sacrificio, obtener la consideración ajena, buscar el dolor corporal para salvar el alma, etc.

Para acabar, presentamos un grafo en el que se recogen los diferentes mecanismos estudiados en el último apartado



BIBLIOGRAFÍA.

1. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2017; 82(3): 271-279.
2. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1973.
3. Organización Mundial de la Salud. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10): Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.