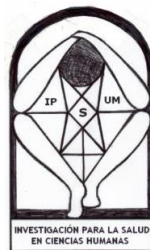


Asociación de Psicopatología
y Psicoanálisis de Sevilla

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

PSICOLOGÍA MÉDICA

PARTE III: PERSONALIDAD Y PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO



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

Psicología Médica. Parte III: Personalidad y psicología del desarrollo.

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: 978-84-09-37120-4

Depósito Legal: SE-3-22

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.

La personalidad del hombre determina por anticipado la medida de su posible fortuna.

Arthur Schopenhauer

Si la personalidad humana no adquiere toda su fuerza, toda su potencia, entre las cuáles lo lúdico y lo erótico son pulsiones fundamentales, ninguna revolución va a cumplir su camino.

Julio Cortázar

Dedicado al recuerdo del primo Juan, hombre de gran claridad de ideas, apasionado y, sobre todo, amante de esta preciosa tierra.

INDICE.

PRESENTACIÓN.

Capítulo 11º. La personalidad (1): el temperamento.

- 11.1. Concepto de personalidad.
- 11.2. Características generales de la personalidad.
- 11.3. Temperamento y carácter.
- 11.4. Estudio del temperamento.
 - 11.4.1. Los aportes clásicos.
 - 11.4.2. Los rasgos de la personalidad.
 - 11.4.3. Teorías actuales sobre el temperamento.
 - A) Modelo de Cloninger.
 - B) Modelo de Eysenck.
 - C) Modelo de los Cinco Grandes (o Big Five).

Capítulo 12º. La personalidad (2): el carácter.

- 12.1. Teorías sobre el carácter.
- 12.2. Teoría dinámica de la personalidad.
- 12.3. Teoría evolutiva de la personalidad.

Capítulo 13º. Personalidad y enfermedad.

- 13.1. Relaciones de la personalidad con la salud.
- 13.2. La personalidad como factor de vulnerabilidad.
 - 13.2.1. La personalidad “tipo A”.
 - 13.2.2. La personalidad “tipo D”.
 - 13.2.3. La personalidad “tipo C”.
- 13.3. La personalidad como factor protector.
 - 13.3.1. La personalidad “tipo B”.
 - 13.3.2. Aspectos protectores de la personalidad.

Capítulo 14º. Edad y enfermedad. El desarrollo psicológico (1): infancia y adolescencia.

- 14.1. Conceptos básicos acerca del desarrollo.
- 14.2. El primer año de vida.
- 14.3. Primera infancia (2 a 5-6 años).
 - 14.3.1. El segundo y tercer años.
 - 14.3.2. Del tercero al sexto años.
- 14.4. Segunda infancia (6 a 11-12 años).
 - 14.4.1. De los seis a los nueve años (niñez media).
 - 14.4.2. De los nueve a los doce años (niñez tardía o preadolescencia).
- 14.5. Adolescencia.
 - 14.5.1. Adolescencia temprana (12-15 años).
 - 14.5.2. Adolescencia media (15-17 años).
 - 14.5.3. Adolescencia tardía (17-18 años).

Capítulo 15º. Edad y enfermedad. El desarrollo psicológico (2): madurez y senectud.

- 15.1. La madurez.
 - 15.1.1. La maduración afectiva.
 - 15.1.2. La maduración social.
- 15.2. La senectud.
 - 15.2.1. Características situacionales y afectivas del anciano.
 - 15.2.2. Las compensaciones.

PRESENTACIÓN.

Siguiendo con estos Fundamentos de Psicología para médicos, presentamos el tercer libro, que completa a los anteriores. La continuación que se propone ahora conserva un sentido lógico con lo que ya apareció antes pues, tras presentar el concepto de Psicología Médica y los Modelos vigentes en esta disciplina (libro 1º) y, después, trabajar las funciones psicológicas y sus alteraciones (libro 2º), le llega el turno de la personalidad. De este modo, seguimos cumpliendo la promesa de presentar los conceptos de forma escalonada y coherente, para que se entiendan y asimilen bien.

Ya el gran filósofo y matemático Gottfried Leibniz, indicaba que el término “persona” conlleva la idea “un ser pensante e inteligente, capaz de razonar y reflexionar, que puede caracterizarse a sí mismo como él mismo”; véase que este gran hombre apelaba con su definición a la “identidad” propia y personal. Después, Max Scheler, siguiendo el hilo de la fenomenología, se refería al mismo término, como “una unidad de ser concreta y esencial de los actos más diversos” y luego “el ser del individuo que fundamenta todos los actos”. Se refiere este autor tanto a la “unidad” como al “sustrato” de cualquier actuación. Son pinceladas magistrales que se desprenden de la historia del pensamiento y que han ido configurando las modernas teorías de la “personalidad” (capítulos 11º y 12º).

Ya en el terreno propio de la Psicología, Eysenck decía que la personalidad es el término psicológico más amplio y menos definible. Pero, no podemos quedarnos con este nihilismo conceptual, sobre todo si tenemos que ser operativos para acercarla a ámbito médico; así, cabe entenderla como el conjunto de características psíquicas que definen a un sujeto, que determinan su modo de pensar, sentir y actuar. Con este planteamiento, la personalidad queda integrada plenamente en los capítulos precedentes, ya que incluye a las funciones psicológicas estudiadas.

Meternos de lleno en el estudio de la personalidad tiene al menos cuatro utilidades: 1ª) permite al estudiante aumentar sus conocimientos psicológicos, 2ª) posibilita que conozca algo de sí mismo, 3ª) puede acercarse a la personalidad de los pacientes de una manera más completa y trazar unos fundamentos seguros sobre los diferentes modos de afrontar la enfermedad y 4ª) sienta las bases para abordar lo que más adelante, al estudiar Psiquiatría, se llaman los “trastornos de la personalidad”, un apartado muy importante en las modernas Clasificaciones de Trastornos Mentales. Hay que fijarse en que los apartados 1º y 4º tienen que ver con la acción de la Psicología Médica de “informar(se)” y los 2º y 3º con el “formar(se)”.

El recorrido que hacemos muestra las diferentes teorías sobre la personalidad, desde las de orientación biológica (Cloninger, Eysenck, Mc. Crae y Costa, etc.) hasta las psicológicas (Freud). Todas ellas han de tener cabida en el

ámbito de la Psicología Médica y será el propio estudiante quién, después de conocerlas bien, arbitre su contenido.

Pero, si somos médicos, la personalidad tiene que relacionarse de alguna manera con la enfermedad y eso es lo que se propone en el siguiente capítulo (el 13º), donde se exponen aquellos modos de ser que pueden acercarnos o alejarnos de la patología. Las relaciones entre personalidad y enfermedad se consideran recíprocas y así se plantea en el texto, dado que se trabajará cómo los rasgos de la personalidad pueden relacionarse con diferentes alteraciones (ansiedad, cáncer, infarto de miocardio, etc.) y viceversa, es decir, cómo los diferentes trastornos pueden modificar la personalidad.

Aquí el médico tiene una importantísima labor que realizar, ya que puede ayudar a su paciente a que comprenda que ciertas actuaciones (dependientes de la personalidad) pueden ser perniciosas, como asimismo, que otras pueden ser beneficiosas. La sociedad contemporánea, con las prisas y cargas a las que somete a sus miembros, propende estados que hay que saber muy bien como encajar y de los que, a veces, hay escapar. Siguiendo el orden establecido, el disfrute se convierte en un don de muy pocos, el resto se encuentra impelido a realizar acciones mecánicas, imitativas de otros o, incluso, por qué no decirlo, impulsivas; en cualquiera de estos casos, encontramos una grave incapacidad para apreciar la vida en toda su belleza, sin caer en lo trivial ni tampoco en lo pernicioso.

El esquema propuesto queda completo con el estudio del desarrollo psicológico del ser humano; será la parte final del libro que, en conexión con lo previo, representa el origen y constitución de la personalidad (capítulos 14º y 15º). Cada una de las etapas muestra unas características bien diferenciadas, que el médico tiene que conocer bien, dado que va a atender personas pertenecientes a diferentes edades (salvo, tal vez, los pediatras y gerontólogos). Representa un repaso por los momentos estelares de la vida, comprendiendo los comportamientos y experiencias propias de cada uno de ellos y ciertos momentos críticos por los que hay que pasar necesariamente. Conocer el desarrollo implica, por lo demás, sacar ciertas consecuencias sobre la salud/enfermedad, pues entender las diferentes etapas posibilita el despliegue de acciones higiénicas y preventivas. Como modelo tenemos a Freud, quién recibió en su consulta de la calle Bergasse, en Viena, al padre del pequeño Juanito, a quién aportó medidas efectivas que culminaron la mejoría de la terrible fobia del niño a los caballos.

Como en libros anteriores, no hemos perdido el afán de llenar las categorías conceptuales con sustancia; se trata, indudablemente, de la experiencia clínica que da fe del contenido que se presenta en cada uno de los capítulos. Con ello, el material que se expone queda configurado como algo concreto y real, dejando de ser una abstracción. De no hacerlo así, el contenido pasaría a un plano excesivamente teórico, resultando tan poco práctico como

inadmisible para un libro de texto, debido a su escasa aplicabilidad. Esta pretensión queda justificada con solo recordar que la Medicina es una ciencia operativa.

Que no se llamen a engaño aquellos que creen que el contenido de este libro ha sido elaborado para poder aprobar el examen de la asignatura. Quizás convenga dirigir la mirada un poco más allá y pensar que, lo aquí expuesto, se constituye como un material que debe perdurar en la cabeza del estudiante, traspasando la evaluación y el final del Grado en Medicina, para entrar de lleno en su formación integral. Un médico no es un biólogo, que atiende especies (en este caso enfermedades) y las clasifica, sino alguien que trata con personas y, como tal, no puede prescindir de su formación humanística.

Capítulo 11º. La personalidad (1): estudio del temperamento.

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 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 esconde de la mirada ajena, al menos algunos aspectos de su personalidad. En las relaciones interpersonales tendemos a tapar ciertas partes de nuestra personalidad 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. 10º) y que conforman lo que se ha llamado nuestro “lado oscuro”. Si no fuera así, la vida en comunidad se tornaría 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).

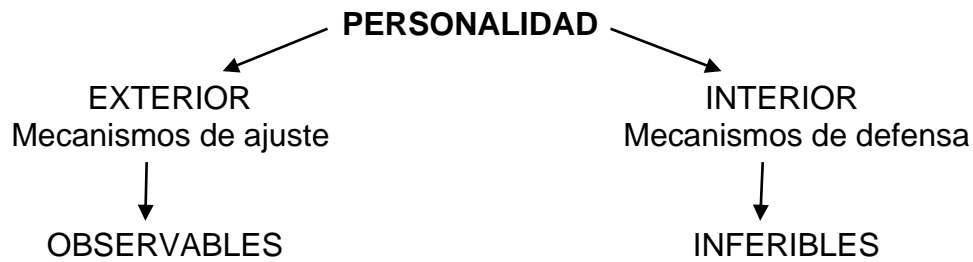
Una de las definiciones más acertadas de la personalidad es la de Sheldon y Evans, quienes se refieren a “la organización dinámica de los aspectos cognitivos, afectivos, conativos, fisiológicos y morfológicos del individuo”. De esta conceptualización se desprende que la personalidad es una “totalidad 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 de pelo o de los ojos) sino que tiene que inferirse; en este sentido, se han desarrollado numerosos tests y cuestionarios que pretenden apreciar sus características.

Incluye una serie de mecanismos psicológicos, ocultos o no, que subyacen a esa estructura. Cuando estos se dirigen al exterior, hablamos de “estrategias de afrontamiento” o “mecanismos de ajuste” (generalmente conscientes: el sujeto sabe que los hace), en tanto que hacia el interior operan los “mecanismos de defensa” (generalmente inconscientes: el sujeto no sabe que los hace) y que se estudiarán más adelante. Mientras los primeros suelen ser observables (p. ej. puedo ver como alguien evita salir de noche), los segundos tienen que inferirse (p.

ej. la represión hay que inferirla a partir de aquellos contenidos que no figuran en el discurso de la persona).



11.2. Características generales de la personalidad.

Vamos a citar un conjunto de características y cuándo se alteran:

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 (como ya se vio) 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”). Esta característica se altera en las experiencias alienadas de la psicosis, como es el caso de los “fenómenos de intervención” (ver Capítulo 7º) en los que el paciente cree que cualquiera podía acceder a sus pensamientos o sentimientos más íntimos. También en la “despersonalización” se trastorna debido a que el sujeto no se reconoce a sí mismo, teniendo que hacer un esfuerzo para lograrlo (p. ej. tocarse varias veces para saber si existe).

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 situación determinada o en el futuro (p. ej. a veces decimos: “si tu padre estuviera aquí, comiendo con nosotros, pediría ...”).

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; en el momento en que le alcanzara, moriría. Cuando estaba a punto de llegar a sus pies, se despertó y gritó: “¡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, pedir 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.).

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 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. Se altera cuando se paraliza el desarrollo, por la fijación a una etapa y la regresión correspondiente a la misma (p. ej. se quedó en las gratificaciones adolescentes y durante su adultez, continúa en esa línea).

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 esquizofrenia.

f) Sistema funcional de conexiones. Esta particularidad posibilita establecer “conexiones 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 relaciones interpersonales. 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 gusta siendo tímido”) → alcohol → euforia → disminución de la distancia con los demás (entrañabilidad) → comportamientos desinhibidos → autoaceptación (“así sí me gusta 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. Temperamento y carácter.

Dentro de la personalidad se han separado dos componentes, que muestran características diferentes:

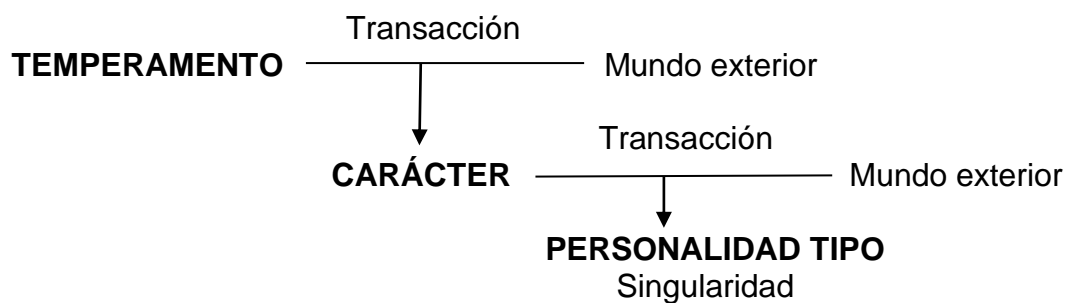
a) El **temperamento** es biológico-hereditario y se pone de manifiesto en la constitución del sujeto (fenotipo). Depende de las características estructurales y funcionales de los sistemas nervioso y endocrino. Se manifiesta muy precozmente y es poco influenciado por el ambiente.

b) El **carácter** es psicosocial, quiere decir que se encuentra influido por el proceso de inclusión progresiva en la cultura (socialización), y queda conformado por los factores adquiridos vivenciales (efecto de las experiencias vitales sobre el

temperamento). Es de desarrollo tardío y el resultado final consiste en conformar a un individuo único (“singularidad”).

Mientras el temperamento contiene las respuestas automáticas (emocionales, motrices, autorreguladoras, los impulsos) y la actitud afectiva general (humor básico), el carácter incluye los sentimientos psíquicos, los valores, las actitudes hacia sí mismo y hacia los demás y las voliciones (actos voluntarios).

En la génesis de la personalidad hay que considerar la relación entre temperamento y carácter. En este análisis ha destacado la figura de Juan Rof Carballo, uno de los padres de la medicina psicosomática española, con el afortunado término de “urdimbre afectiva”; se trata de las relaciones transaccionales que sirven para constituir al ser humano en fases tempranas. Son las interacciones existentes entre las tendencias impulsivas y los procesos moduladores de socialización (ya se habló algo de este proceso en el Capítulo 10º), dando lugar a una “singularidad” es decir, a una persona irrepetible (con una historia concreta, unos padres particulares, ciertos incidentes familiares que solo le ocurrieron a él/ella, etc.). El grafo siguiente refleja cómo se producen estas interacciones:



11.4. Estudio del temperamento.

11.4.1. Los aportes clásicos. Aunque Hipócrates realizó estudios sobre este asunto, fue el médico romano Galeno quién presentó una tipología característica que ha influido bastante en quienes estudian la personalidad actualmente. Presentó la doctrina de los cuatro temperamentos, condicionados respectivamente por la prevalencia de un humor determinado, concretamente separó los siguientes tipos:

- Sanguíneo (predominio de la sangre): son personas optimistas.
- Colérico (predominio de la bilis amarilla): resultan irritables.
- Melancólico (predominio de la bilis negra): son pesimistas.
- Flemático (predominio de la linfa): son sujetos apáticos.

Con posterioridad, Ernst Kretschmer se basó en la constitución para definir los tipos temperamentales; en concreto, separó tres:

-Pícnico-ciclotímico. Son personas en las que físicamente predomina la horizontalidad sobre la verticalidad, conformando el tipo “sanchopancesco”, mientras que psicológicamente muestran oscilaciones del ánimo entre la alegría y la tristeza, una gran capacidad para sintonizar con los demás y han desarrollado la inteligencia práctica (como Sancho Panza). La enfermedad psíquica que más recae en ellos es la psicosis maníaco-depresiva (actualmente llamada trastorno bipolar).

-Leptosomático-esquizotímico. Físicamente predomina en ellos la verticalidad sobre la horizontalidad, conformando el tipo “quijotesco”. Psicológicamente muestran una escasa capacidad para sintonizar con los demás, desarrollo de la inteligencia abstracta y del pensamiento conceptual (como D. Quijote). La enfermedad psíquica que recae sobre ellos es la esquizofrenia, a la que se encuentran predispuestos.

-Atlético-enequético. Somáticamente presentan un gran desarrollo de la musculatura y del esqueleto. Temperamentalmente, son personas viscosas (pegajosas), sin un gran relieve intelectual. Tienen una predisposición a ser afectados por las crisis epilépticas.

Debido a cómo son los sujetos descritos por Kretschmer, a su tipología se le llama también “de Cervantes-Kretschmer”.

11.4.2. 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. Se conforman como opuestos: dependiente-independiente, confiado-desconfiado, tranquilo-nervioso, abierto-cerrado, ordenado-desordenado, sociable-retraído, etc. 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:

$$P = \sum R_i$$

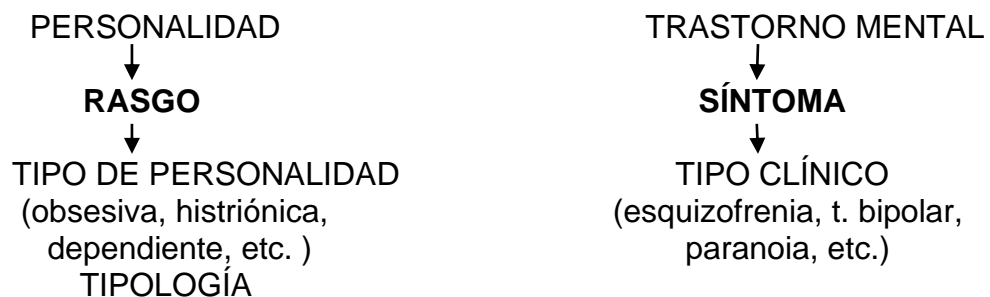
En el mejor de los casos y para que la personalidad sea sana, los rasgos tienen que ser flexibles, adaptativos, creativos y servir de amortiguador ante las circunstancias vitales, sobre todo si son adversas. En el siguiente capítulo

estudiaremos aquellos rasgos que inclinan a la persona hacia la salud o, por el contrario, la encaminan hacia la enfermedad.

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”.

El síntoma tiene que ver ya con un trastorno psíquico y apunta a un tipo clínico y no a la personalidad y, por lo general, la persona 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). En última instancia, mientras la personalidad se define por los rasgos, la enfermedad se hace lo mismo 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.



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

Medicina (Hipócrates, Galeno, Sheldon, Schneider, Kretschmer, Spranger, etc.). Debido a la extensión de las descripciones que se han realizado, solamente abordaremos aquellas que están más en boga.

11.4.3. Teorías actuales sobre el temperamento. Como decimos, estudiaremos solo algunas de ellas:

A) Modelo de Cloninger. Un psiquiatra y genetista estadounidense, llamado Claude Robert Cloninger, presentó un modelo psicobiológico de la personalidad en el que relacionaba ciertos rasgos con aspectos psicofisiológicos. Tiene en cuenta dos tipos de variables:

a) Temperamentales. Distingue los siguientes aspectos:

-Búsqueda de novedad. El neurotransmisor implicado es la dopamina. Quienes muestran este rasgo alto suelen ser exploradores y curiosos, en tanto aquellos que puntúan bajo tienen una escasa actividad exploratoria.

-Evitación del daño. Relacionado con la serotonina. La puntuación alta se da en personas pesimistas y temerosas, en tanto que si es baja suelen ser optimistas y osados.

-Dependencia de recompensa. La relaciona con la noradrenalina. Si puntúa alto en este rasgo suele tratarse de personas afectuosas y abiertas, en tanto que si es lo contrario se trata de sujetos independientes y desapegados.

-Persistencia, relacionada con el sistema de refuerzo social. Aquellos que se encuadran aquí suelen ser trabajadores, en tanto que las puntuaciones bajas hablan de sujetos perezosos y de escasos logros.

b) Caracteriales, entre las que se encuentran:

-Autodirección/autodeterminación. Una puntuación alta aquí se presenta en sujetos responsables y disciplinados, lo contrario tiene lugar en aquellos que tienen ausencia de metas y poco disciplinados.

-Cooperativismo. Se relaciona con la aceptación social y la empatía, en tanto que lo opuesto habla de egoísmo e insensibilidad.

-Autotrascendencia. Aquellos que tienen alta esta dimensión son espirituales e idealistas, en tanto los que la tienen baja son materialistas y de escasa imaginación.

B) Modelo de Eysenck. Este psicólogo inglés de origen alemán explica que el sistema nervioso central presenta distintas actividades funcionales que se expresan de manera diferenciada en la vida psíquica. Separa los siguientes aspectos en la personalidad:

-La extraversión (E), relacionada con el sistema reticular activador ascendente (SRAA). Habla de la necesidad de relacionarse e incapacidad para estar solo (sociabilidad) o de lo contrario (retraimiento, introspección).

-El neuroticismo (N), relacionado con la funcionalidad de la amígdala, el hipocampo y el septum. Se refiere a la intranquilidad o emotividad exagerada, en tanto que lo contrario indica una persona calmada o controlada.

-El psicoticismo (P), conectado con el sistema septo-hipocampal (SSH). Se asocia a la capacidad (o no) de sintonizar con los demás.

C) El modelo de los cinco grandes (o Big Five). Presentado por el grupo de Baltimore (Mc Crae y Costa) y con él se pretende que se constituya en la base para la moderna clasificación de los trastornos de la personalidad. Presenta, como su nombre indica, los siguientes cinco factores:

-Neuroticismo (vs. estabilidad emocional). El aspecto a valorar aquí es si se trata de una persona preocupada o calmada.

-Extraversión (vs. introversión). En este caso se tiene en cuenta si es sociable o retraída.

-Apertura a la experiencia (vs. cerrado). Se considera si es creativo y curioso o convencional y con pocos intereses.

-Amabilidad (vs. oposicionismo). Se tiene en cuenta si la persona es confiada y sincera o es suspicaz y poco cooperativa.

-Responsabilidad (vs. irresponsabilidad). Se refiere a si es trabajador y autodisciplinado o, por el contrario, es perezoso.

Capítulo 12º. La personalidad (2): estudio del carácter.

12.1. Teorías sobre el carácter.

Ha sido Freud el autor que más ha influido en los estudios sobre el carácter; de hecho presentó dos teorías de gran interés y que abordaremos en este capítulo:

a) La primera es la “dinámica”. Este término procede de la voz griega *dynamos*, que significa “fuerza” y la “teoría dinámica” establece que, dentro de la personalidad, existe una lucha de fuerzas de tal manera que el sujeto puede entrar con facilidad en conflicto.

b) La segunda es “evolutiva” y con ella da a entender que el humano atraviesa distintas etapas a lo largo de su desarrollo, cada una de las cuáles tiene un papel importante en la configuración del carácter. No entra en contradicción con la anterior y supone, dentro de nuestra materia, adelantarnos al siguiente capítulo.

12.2. Teoría dinámica de la personalidad.

Aparece formulada en la obra freudiana *El yo y el ello*, publicada en 1923. En este conocido texto, su autor presenta la “segunda tópica”; recordemos que una “tópica” establece cierta diferenciación de “espacios virtuales” o “instancias” dentro del aparato psíquico. Anteriormente estudiamos la “primera tópica” (en el capítulo 2º) y, recordando un poco, es la que divide a aquel en tres “lugares”: consciente, preconsciente e inconsciente.

La “segunda tópica” tiene la particularidad de asociar la pulsión (ver capítulo 10º: La motivación) al aparato psíquico y distingue dentro de este último tres instancias:

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.

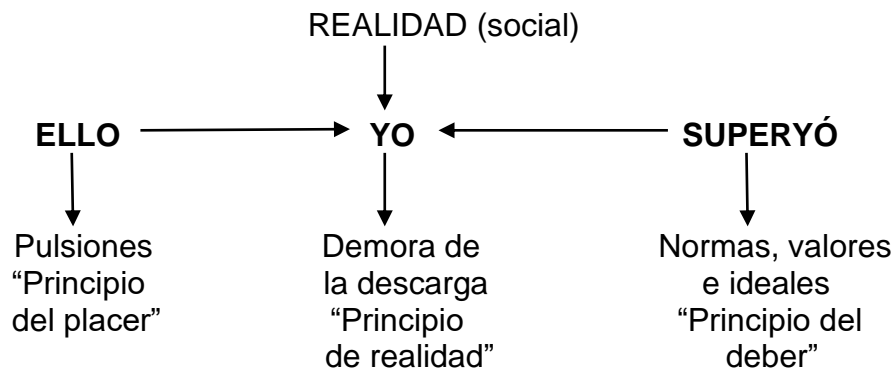
Evidentemente, el yo se forma en un segundo tiempo cuando al crío se le exige adaptarse al medio externo; por consiguiente, es la presión del exterior la que hace que, a partir del ello, se vaya configurando el yo.

C) El **superyó**. Adopta el nombre 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.

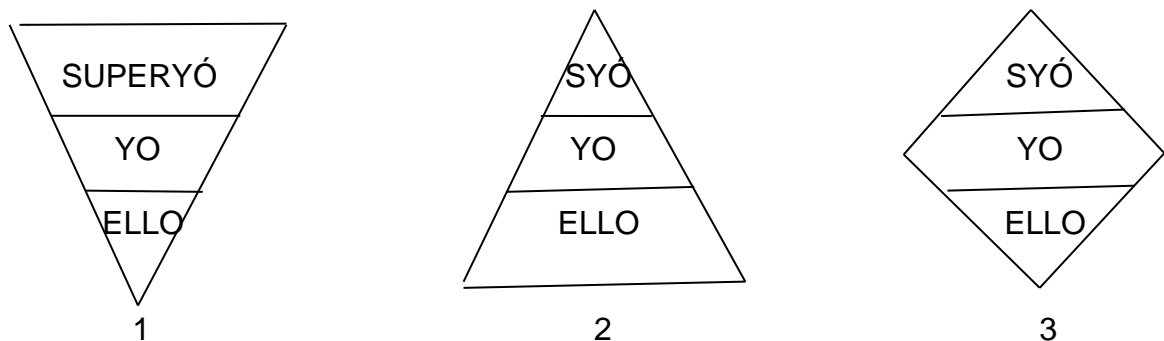
La relación entre estos tres componentes de la personalidad (y los conflictos inherentes a su interacción) puede comprenderse muy bien con un ejemplo clínico:

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 ella) y sin poder moverlas. Ambos se quedan un tanto perplejos, ya que ninguno de ellos se 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 iba bien, 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:



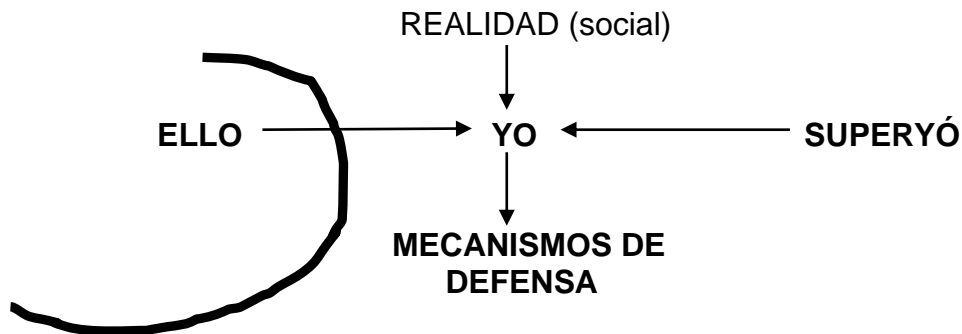
-En el caso 1 hallamos una personalidad normativa y constreñida, debido al dominio del superyó; es lo que sucede con los obsesivos, para quienes las normas y los ideales comandan su vida, pues son: puntuales, cuadriculados, escrupulosos, perfeccionistas, exigentes, etc.

-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 disfrutar (predominio del ello).

Una cosa más: en el grafo anterior, donde se muestra la interacción de las tres instancias, podemos ver con claridad que todas las flechas apuntan al yo. Indica que el yo 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 la descarga y c) la realidad que impone su criterio en aras de conseguir la adaptación del sujeto. Entonces, el yo tiene que acudir a hacer algo para salir de

una situación tan comprometida, 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 la correspondiente 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 que vamos a llamar “aislamiento”). Conviene ahora que conozcamos los principales mecanismos de defensa:

1) 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 nuevas relaciones (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 desplaza 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 lleva a cabo con el padre, que en realidad su hijo le tiene miedo a él y que lo ha desplazado al caballo. Tal mecanismo posibilita que pueda convivir a diario con su padre, mientras el encuentro con caballos se produce de manera ocasional, 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

2) Represión. Ya la hemos visto al estudiar la “primera tópica” (capítulo 2º). 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!

3) Regresión. Consiste en retornar a formas de comportamiento de un periodo anterior del desarrollo, que se consideran ya superados, 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 amigo. 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 produce.

4) 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 y 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 fórbicos 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”).

5) 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”.

Este mecanismo de defensa es frecuente en consumidores, tanto de alcohol como de 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 muy 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 “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?”.

6) 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

“descarada”. 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”.

7) Racionalización. En este caso la persona implicada justifica motivaciones, impulsos o actitudes intolerables para sí 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 este es un mecanismo frecuente en consumidores e impulsivos (ludópatas, cleptómanos, etc.) quiénes, como hemos visto al ser pillados, primero niegan (“no, eso no es verdad”) y después racionalizan (“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 desde fuera.

8) 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.

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 que existe en ella.

Realizar estudios universitarios es una forma de sublimar, lo mismo que escribir o pintar; del mismo modo, lo es realizar realizarse como profesional de una materia. Por consiguiente, la sublimación es uno de los mejores y más sanos mecanismos de defensa que poseemos; el problema es que hay mucha gente 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.

12.3. Teoría evolutiva de la personalidad.

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.

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 10º, 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 asienta la excitación. Coincide con las mucosas o espacios en los que la piel pierde su capa externa (epidérmica), haciéndola más sensible a los estímulos. Se presenta 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, 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 determinada e implica permanecer ligado a modos de satisfacción arcaicos. Si se han obtenido demasiadas sensaciones placenteras (o muy pocas) 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, de tal manera que a cada una de estas se le añade un plus de placer; así, en la etapa 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. Eso 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”) y 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 al niño de esa edad, pero ya siendo 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 momento 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 (personalidad obsesiva), que acude a la consulta desde hace tiempo, dejó un día 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, 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 suciedad por ningún sitio (fijación en la etapa anal “retentiva”) o a lo contrario: desordenados, guarros, sucios y se “revuelcan en la mierda” (etapa anal “expulsiva”).

3ª) Fállica. Tiene lugar entre los 3 y los 5 años. Los niños van conociendo su cuerpo y, de repente, 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 aquí es el “falo”, que en caso del niño es el pene y el clítoris en el de la niña; queda claro que en 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, ya que tiene lugar una dualidad: existe el falo o no. La fijación en esta etapa 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 y temerosos.

Coincidiendo con la etapa fálica se da 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 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 la identificación con el padre (odia al 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 (en algunos casos) 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”. 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.

Capítulo 13º. Personalidad y enfermedad.

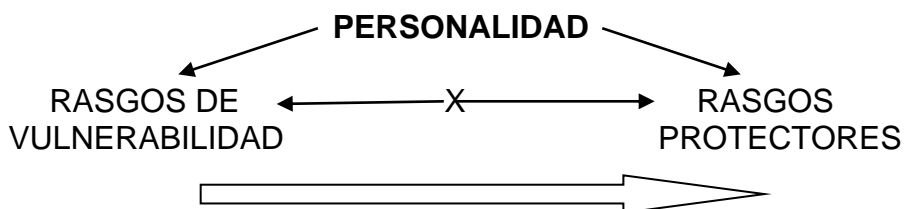
13.1. Relaciones de la personalidad con la salud.

Una vez estudiada la personalidad, en cuanto a concepto y teorías (temperamentales y caracteriales), es el momento de entrar en las relaciones entre esta y la salud/enfermedad, un tema importante para la Psicología Médica. En este sentido, la personalidad puede contener rasgos o pertenecer a tipos que:

a) Aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad. Entonces, se la considera como un “factor de vulnerabilidad”, es decir, que el modo de ser favorece la aparición de la enfermedad.

b) Protegen contra los agentes patógenos y tiene un efecto beneficioso sobre la salud, entonces se habla de los “aspectos protectores” o “fuerzas salutógenas” de la personalidad.

Como se ve, de lo que aquí se trata es de establecer una relación entre psicología (personalidad) y fisiología (organismo), de manera que el organismo se verá más o menos afectado dependiendo de cómo se es. Teóricamente, tendría que existir un equilibrio entre las dos fuerzas antes mencionadas, dado que no existe ninguna personalidad que se componga solo de aspectos que potencien la salud y/o protejan de la enfermedad. En consecuencia, cualquier persona contiene en sí misma ambos componentes, de ahí que tenga que desplazarse ese equilibrio en dirección a las fuerzas salutógenas; se trata de un aspecto sobre el que, evidentemente, puede intervenir el médico.



Este desequilibrio puede verse en el siguiente caso: una paciente, de 49 años, funcionaria de la Junta de Andalucía y divorciada hace unos meses, sin hijos. Desde siempre fue una “gran amante del deporte”. Sigue realizando esta actividad todas las tardes, realiza los ejercicios en el gimnasio, pero sale todas las noches de fiesta, acostándose bastante tarde y “bebiendo en exceso”, de manera que, por las mañanas le cuesta mucho trabajo levantarse y algunos días ha llegado tarde al trabajo; aún así, no puede dejar de hacer gimnasia a diario. Se observa que en los últimos tiempos, existe un desequilibrio en el que ciertos aspectos de su personalidad la llevan a realizar excesos que la colocan al límite de la patología, pues ha llegado a consultar a su médico de familia por bronquitis de repetición, anemia, menstruaciones abundantes y diarreas.

No obstante lo expuesto, en la actualidad contamos con bastante información sobre las relaciones personalidad-enfermedad, habiéndose descrito varios tipos que propician la presentación de patologías concretas; con ello, abordamos el primer apartado de los descritos, el referido a aquel tipo de personalidad que aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

13.2. La personalidad como factor de vulnerabilidad.

13.2.1. La personalidad “tipo A”. En 1959 dos cardiólogos, llamados Meyer Friedman y Ray Rosenman observaron que muchas personas que habían padecido un infarto agudo de miocardio se caracterizaban por una significativa mayor tendencia a desear intensamente tener éxito, impaciencia, alta competitividad y un exagerado nivel de alerta física y mental. Se denominó “patrón de conducta tipo A” y, más tarde, “personalidad tipo A”.

Lo esencial de esta personalidad, tendente a la vulnerabilidad según se ha observado, consiste en la presencia de dos factores, que se corresponden con manifestaciones: a) de la impaciencia y b) de la hostilidad. Vamos a estudiarlos por separado, porque merece la pena:

a) Manifestaciones de la impaciencia. Se presentan las siguientes características:

-Prisas: tienden a hacer las cosas con rapidez, no soportan la espera y, a menudo, actúan de forma hiperactiva.

-Compromiso con varios ámbitos al mismo tiempo: realizan varias actividades paralelamente. Siempre tienen que estar haciendo algo.

-Adicción al trabajo: gran implicación en las tareas, con gran necesidad de rendir en las mismas.

-Tienen la idea de que el descanso y el ocio son pérdidas de tiempo.

-Dificultad para reconocer y expresar las emociones.

-Poca imaginación, lo que hace que sus conversaciones sean bastante limitadas. Si hablan, muchas veces, solo tratan del mismo asunto repetidamente (p. ej. la empresa).

-Las manifestaciones conductuales (observables) también son abundantes. Aparecen contracturas en diferentes grupos musculares, que expresan la tensión que muestran y que puede verse la postura, en la cara (tensión maxilo-facial), hombros elevados, cejas elevadas, etc., junto con un habla rápida y cortante, sudoración, etc.

b) Manifestaciones de la hostilidad. Son dignos de destacarse los siguientes rasgos:

-Competitividad. Frecuentemente descalifican a sus compañeros y desconfían de sus capacidades, siendo incapaces de delegar al ser ellos los mejores.

-Actitud hostil, a menudo recubierta de cinismo o apariencia de amabilidad.

-Alerta. Como vimos en el capítulo sobre la ansiedad, cuando la alerta aparece, hallamos: irritabilidad, facilidad para el enojo, dificultades para conciliar el sueño.

-Metas excesivas. Hablamos de personas que tienen el “listón demasiado alto”, de manera que tienden a hacer más cosas de las que realmente pueden.

-Necesidad de reconocimiento y ascenso. Esto se debe a la ambición que les impide conformarse con lo que tienen.

-Relaciones interpersonales problemáticas. Fácilmente son captados como son en realidad por los demás, de ahí que tengan poca estimación por parte de sus compañeros, manteniendo contactos con los demás dominantes y tensas.

-Físicamente también se destacan: la expresión facial hostil con los rasgos acentuados, puños cerrados o manos indicadoras de lo que hay que hacer, voz desagradable y estridente, etc.

Si intentamos entenderlos cómo son, puede determinarse que se encuentran condicionados por los valores de la sociedad industrial contemporánea, los cuales tienen bien asumidos. Esto les conduce a un deseo de éxito sin medida, de manera que se trata de ganar en: imagen, prestigio, dinero, posesiones, etc. Mientras tanto se vacían interiormente, pues no manifiestan otros intereses que les llenaría (lectura, arte, literatura, conferencias, poesía, etc.), haciendo que sus conversaciones no tengan contenido, mostrándose como personas superficiales.

Lo expuesto no quiere decir que los comportamientos de estos individuos sean abiertamente hostiles, la “agresión directa” (“paso al acto”), como es el caso de golpear, pegar, empujar, etc. Entonces, la agresividad puede ser:

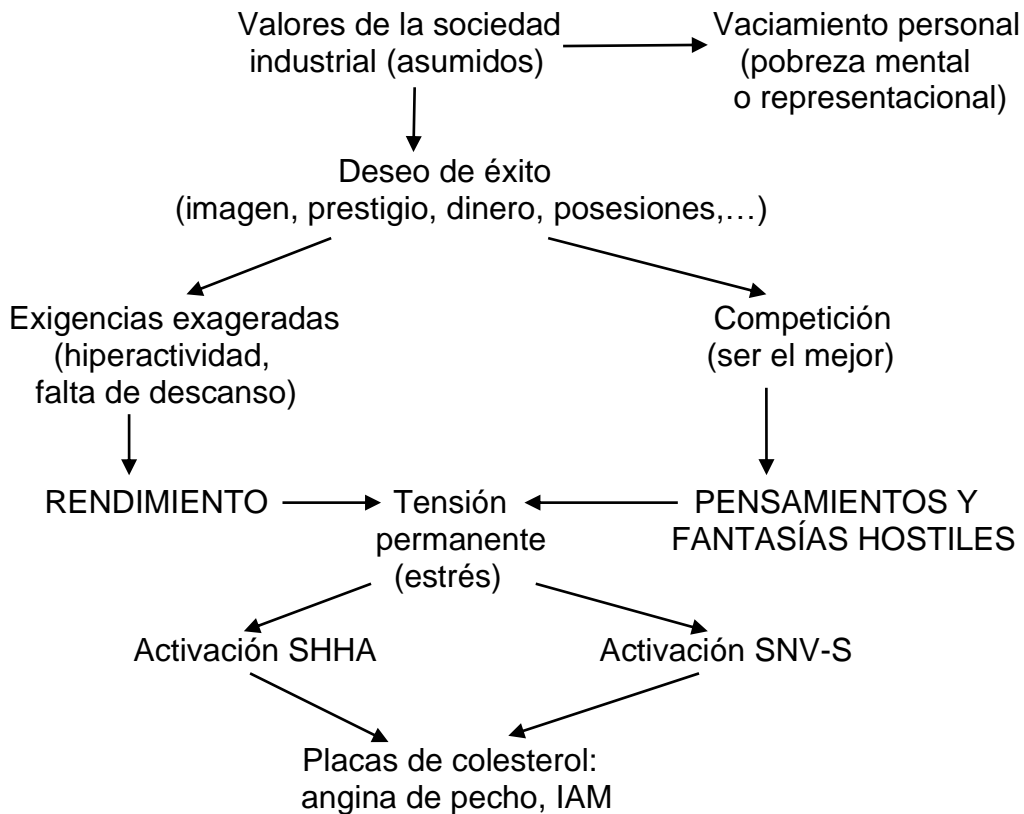
a) Desplazada. Puede realizarse contra los objetos (p. ej. tirar un cuadro y partirlo) o contra otra persona que no fue la causa del agravio (el “chivo expiatorio”) que, por lo general, es el eslabón más “débil” de la cadena.

b) Larvada. Muchos comportamientos representan modos de perjudicar a otro de forma indirecta, como es el caso del autoritarismo, la intolerancia, la burla, la bromita, etc.

c) Enmascarada. Tiene que ver con formas de manipulación, afirmación de la superioridad sobre otro, etc.

d) Hay que considerar también aquí los pensamientos y fantasías hostiles hacia los demás, los cuáles frecuentemente, se acompañan en el exterior de lo contrario (cinismo, hipocresía).

Lo dicho configura un estilo de vida dominado por las exigencias (hiperactividad, ausencia de descanso, etc.) y por la competición (ser el mejor, en detrimento de los/las compañeros/as). Ambos llevan a un estado de tensión permanente, experimentado displacenteramente (imagen del ejecutivo-agresivo), que conlleva respuestas orgánsmicas (estrés), que afectan a la activación de los sistemas hipotálamo-hipofisario-adrenal y vegetativo simpático. En última instancia, son estos los responsables del acumulo de placas de colesterol en las arterias coronarias y de la enfermedad de estos vasos (angina de pecho, infarto agudo de miocardio). En el siguiente grafo se pone de manifiesto la patogenia de la patología coronaria y explica los rasgos antes analizados:



Un paciente de 50 años de edad, profesor de secundaria, está observando cómo, en los últimos meses, tiene fallos importantes de memoria, que no puede resolver espontáneamente y le influyen a la hora de impartir docencia. Las pruebas neurológicas han sido negativas, no revelando ningún tipo de trastorno. Dice ser una persona que siempre tiene que estar haciendo algo, el descanso para él es un tiempo perdido y cree que sus compañeros que son unos botarates, no estando a la altura de sus tareas, al tiempo que piensa que él si que se preocupa y hace las cosas bien. Su mujer, que le acompaña en la primera entrevista, dice de él que nunca

pasean, que las vacaciones son muy cortas y que él apenas ha tenido tiempo de conversar con sus hijos, siendo ella la que ha tenido que bregar con los problemas de éstos (médicos, escolares, etc.). El año pasado tuvo, en algunas ocasiones, dolor en el pecho y, a cuenta de ello, visitó a un cardiólogo, pero las pruebas fueron negativas y se tranquilizó (mejor dicho, siguió haciendo lo mismo).

13.2.2. La personalidad “tipo D”. Buscando un nuevo constructo sobre la personalidad que se relacionara con las enfermedades cardio-vasculares se empezó a hablar de la “personalidad tipo D”, involucrada en este tipo de patologías. Se basa en la presencia conjunta de:

a) Afectividad negativa:

-Tendencia a estar preocupado y tener una visión pesimista. Muestran una atención excesiva a los estímulos adversos. junto a la búsqueda distorsionada de amenazas inminentes pero sin demasiado fundamento.

-Malestar subjetivo en forma de infelicidad-irritación.

-Escasa capacidad de disfrute.

-Incapacidad para hacer frente a los estresores de la vida.

b) Inhibición social:

-Se mantiene distanciado de los demás e, incluso, puede llegar a evitar los comportamientos de interacción social.

-Como consecuencia de lo anterior, tiene un bajo nivel de apoyo social.

-Inhibición expresiva de las emociones.

-Sentimientos de desamparo y tristeza.

Son individuos que intentan evitar el rechazo, de ahí que se aíslen del contacto con los demás, no compartiendo los aspectos afectivos con los demás (de ahí, que muchos de ellos sean fóbicos). Este modo de ser se relaciona con la disrupción crónica del eje hipofisario-adrenal y con los síndromes metabólicos (dislipemia, resistencia a la insulina, cortisol elevado, hipertensión arterial) y, como consecuencia de ello, con una mayor morbilidad por factores de riesgo y mayor mortalidad cardíaca y por afecciones vasculares periféricas.

Sabemos que, tener una personalidad “tipo D”, multiplica por dos el riesgo de morir prematuramente, independientemente de los factores demográficos, las características clínicas, la severidad de la enfermedad o el tratamiento óptimo.

13.2.3. La personalidad “tipo C”. En 1979, en la Universidad de Londres, se construyó el King’s College Research Group (Greer, Morris, Watson) para

buscar un tipo de personalidad relacionada con el cáncer. Configuraron una constelación característica a la que denominaron “personalidad tipo C”, que muestra las siguientes características, que se refieren a individuos:

-Extremadamente cooperadores, sumisos y pasivos.

-Conformistas, sufridores y preocupados por los demás. Aceptan estoicamente los sucesos desfavorables.

-Suprimen de las manifestaciones hostiles.

-Evitan o no afrontan las situaciones conflictivas, aunque les perjudiquen a ellos o a sus familias.

-Presentan bloqueo o contención expresiva de las emociones (tristeza, miedo, ira, etc.), por lo que parecen inmutables ante las situaciones problemáticas.

-Tienen deseos de agradar y dependen de la aceptación de los demás.

Como puede verse, son encantadores para los demás, pero no para sí mismos, ya que su organismo acaba sufriendo. El problema que tienen es que muestran una gran dificultad para identificar y expresar con palabras las emociones y, como consecuencia de ello, las tensiones que estas provocan pasan al organismo directamente, provocando efectos negativos. En este sentido, tienen más riesgo de padecer cáncer, mostrando un peor pronóstico cuando este se presente, con una menor tasa de supervivencia a corto-medio plazo.

Las relaciones entre cáncer y personalidad pueden establecerse de la siguiente manera:

a) Esta enfermedad puede afectar a la personalidad, de varias formas:

-Las toxinas liberadas por ella provocan (por afectación encefálica) depresiones sintomáticas.

-La alteración anímica puede tratarse también de una reacción psicológica (depresiva) a la experiencia de padecer una enfermedad, que se representa subjetivamente como incurable. En tal caso, hablamos de un “trastorno adaptativo”. Se añade que esta patología hace que muchos pacientes se sientan culpables y avergonzados de padecerla, lo que les lleva al aislamiento e incomunicación.

b) La personalidad puede relacionarse con el cáncer, en el sentido de que ciertos modos de ser hacen más probable el desarrollo de una neoplasia; sabemos que la personalidad tipo C puede entenderse como “precancerosa”. Además, favorecen esta patología, tanto el estado depresivo como el pre-

depresivo; por el contrario, la neurosis y la esquizofrenia se consideran protectores.

13.3. La personalidad como factor protector.

Entramos ahora en el polo opuesto al anterior: cuándo se consideran los rasgos de la personalidad como elementos de protección y actúan como “fuerzas salutógenas”.

13.3.1. La personalidad “tipo B”. Se considera la antítesis del “tipo A” y presenta las características que se detallan a continuación y se refieren a sujetos:

-Relajados, tranquilos y confiados.

-Atentos a la satisfacción y el bienestar personal. Por consiguiente, tienen capacidad para disfrutar del ocio y del tiempo libre.

-Expresan abiertamente las emociones, incluidas las hostiles.

-Mantienen relaciones interpersonales sosegadas, confiadas y no competitivas.

En las personas que se afilian a la personalidad “tipo B” no se han detectado riesgos patógenos. Esto nos aporta una gran enseñanza, ya que podemos ayudar a los pacientes a modificar ciertos rasgos de su personalidad que favorecen la dirección hacia la enfermedad; en este sentido: disfrutar del tiempo libre y de otras actividades no-laborales (tener aficiones), confiar en los demás (sin ser tonto), expresar las emociones (sobre todo con palabras) y tener amigos, eliminando del contacto competitividad, la crítica y la agresividad, se convierten en elementos clave para que la persona esté más saludable, desde el punto de vista psicológico y físico.

13.3.2. Aspectos protectores de la personalidad. Terminamos el tema con este último apartado donde tratamos de aquellos componentes de la personalidad que, tal como se desprende de las investigaciones, ayudan a conservar la salud. Abrimos dos apartados:

a) Dimensiones de la personalidad. Se habla bastante del “optimismo disposicional” y por tal se entiende la “tendencia generalizada a anticipar una salida favorable a los sucesos, junto con un estable control emocional y cognitivo (serenidad). En esta línea se perciben los objetivos como realizables, incluso ante situaciones difíciles; Bandura se ha referido a la “autoeficacia percibida”.

De la misma forma, se tiene muy en cuenta, en relación a la protección de la salud, el “estilo atribucional optimista”, que significa ausencia de pesimismo aún en situaciones complejas negativas. Se valora dar importancia a tener amigos y apreciarlos y persistir en esta acción a pesar de las dificultades.

b) Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En cuanto a cómo se ajusta el individuo a la patología que padece, se utilizan hoy en día tres conceptos:

-El *coping*, que se refiere a las respuestas y reacciones de aquel para dirigir, reducir o tolerar las situaciones adversas, e implica hacer frente a las mismas.

-La “resistencia”. Indica hacer frente de forma activa y estable, no hostil, a la situación que se presenta, sosteniéndose en recursos propios y centrándose en el problema.

-La “resiliencia”. Es la capacidad para sobreponerse constructivamente a la adversidad.

Uniéndolos estos términos, y aplicándolos al terreno de la salud, se concluye que una personalidad “resistente” es aquella que realiza un *coping* activo y se centra en el problema.

P. RESISTENTE = COPING ACTIVO + CENTRAMIENTO EN EL PROBLEMA

Se ha visto, además, que estados como: la depresión, la hostilidad, el pesimismo, la evitación, la desesperanza y la ansiedad provocan una menor resistencia a la enfermedad y una mayor mortalidad y que, por lo tanto, hacen que la personalidad sea menos resistente.

Capítulo 14º. Edad y enfermedad. El desarrollo psicológico (1): infancia y adolescencia.

14.1. Conceptos básicos acerca del 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. En este proceso, se reconocen:

-una serie de “estadios” o “etapas”, entendidas como momentos separables del conjunto en función de ciertas características homogéneas; al mismo tiempo, dichas etapas presentan un principio y un final más o menos definido.

-Los “momentos críticos” o puntos de inflexión en los que el individuo tiene dificultades en atravesarlos, pudiendo seguir adelante (progresión) o quedarse estancado (regresión).

Veremos, a lo largo de los apartados de este capítulo, cómo el devenir humano tiene una cierta lógica fácil de asimilar; se abordarán sucesivamente las siguientes etapas del desarrollo:

1. El primer año de vida.
2. La primera infancia (2 a 5-6 años).
3. La segunda infancia (6 a 12 años).
 - Niñez media (6 a 9 años).
 - Niñez tardía o preadolescencia (9 a 12 años).
4. Adolescencia (12 a 17-18 años).
 - Temprana (12 a 15 años).

-Media (15 a 17 años).

-Tardía (17 a 18 años).

14.2. 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 pié, 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, etc.) y se encuentra 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 se hacen insoportables y tiene que calmarlos; de ahí que exista una impaciente búsqueda de satisfacción.

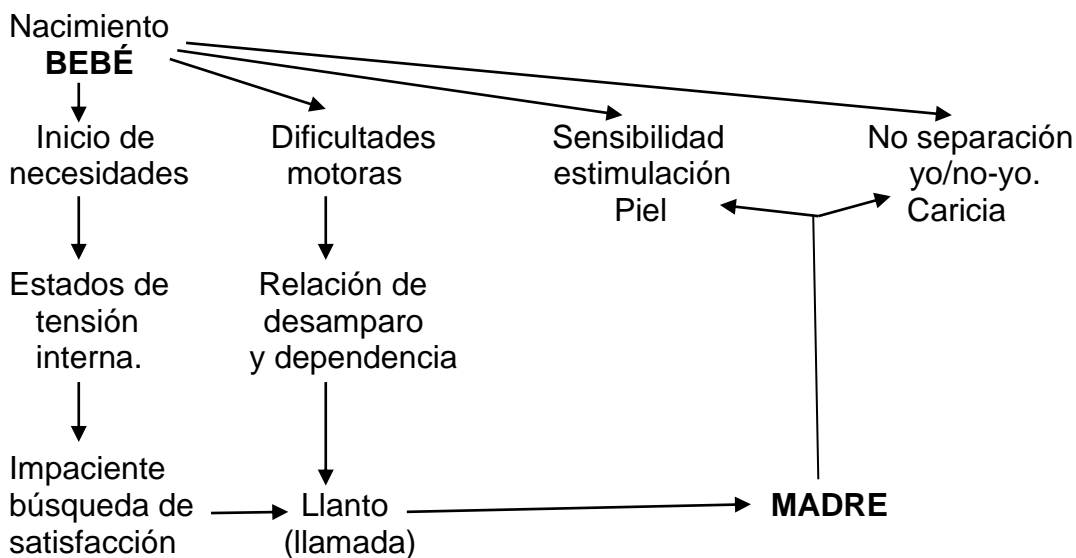
El problema es que no puede desplazarse para poder satisfacerse debido a sus dificultades motoras (el SNC no se halla aún mielinizado), de ahí que precise de un adulto que lo asista que, normalmente, es la madre (o quién realice su función). Se halla en una situación de dependencia materna, que se reconoce como “estado de desamparo”, pues sin el adulto que lo ayude no puede sobrevivir. Entonces, 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”.

John Bowlby y Harry Harlow estudiaron este asunto y presentaron la “teoría del apego”. Concretamente, el último de ellos utilizó en sus experimentos monos Rhesus recién nacidos, a los que le puso una madre artificial, en unos casos de alambre portando un biberón y en otros de felpa,

desprovista de comida. Los monitos prefirieron a la “madre” de felpa aunque no tuviera alimento alguno. Demostró así, que el vínculo físico es más importante para el desarrollo psicofísico que cualquier otra necesidad básica. Incluso observó cómo, al separar a los monos de su “madre” de felpa mostraban signos claros de miedo (gritaban, chillaban y buscaban objetos suaves que le recordara a su “madre”). Posteriores investigaciones de Spitz concluyeron que la ausencia de cuidados maternos en la especie humana producía síntomas depresivos manifiestos.

Al mismo tiempo, la caricia le sirve al bebé para poder definir sus límites corporales y, por consiguiente, para crear su incipiente “yo corporal”. Este momento coincide con la etapa “oral” de Freud, donde la estimulación de la mucosa bucal es importantísima, obteniéndose 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 (Spitz la llama “primer organizador”). La “angustia de separación” se presenta sobre el octavo mes (“segundo organizador” de Spitz): teme que si la madre desaparece de su vista, no volverá más. El primer año acaba con el destete, teniendo el crío que adaptarse a este hecho singular (el segundo de los obstáculos de los que hablamos antes; el primero era el parto).

14.3. Primera infancia (2 a 5-6 años).

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

14.3.1. El segundo y tercer años. 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 su 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).

Estamos ante una cuestión bastante importante, que puede formularse mediante una pregunta: ¿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) la curiosidad infantil conlleva la producción de adultos desinteresados.

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.

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, etc. (los llamados “niños ferales”, que se estudiarán en Comunicación Asistencial), nunca llegan a comportarse como seres humanos civilizados, ni tampoco van a desarrollar la inteligencia abstracta.

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 produce entonces un 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, etc.), entendiéndose cualquiera de ellas como actuaciones impulsivas. De ahí, que sea este el momento preciso en el que aparecen 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 de la gana y eso le lleva a actuar sin ningún miramiento y sin pensar en las consecuencias de sus acciones.

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, al mismo tiempo, cuando salen estimulan la mucosa anal.

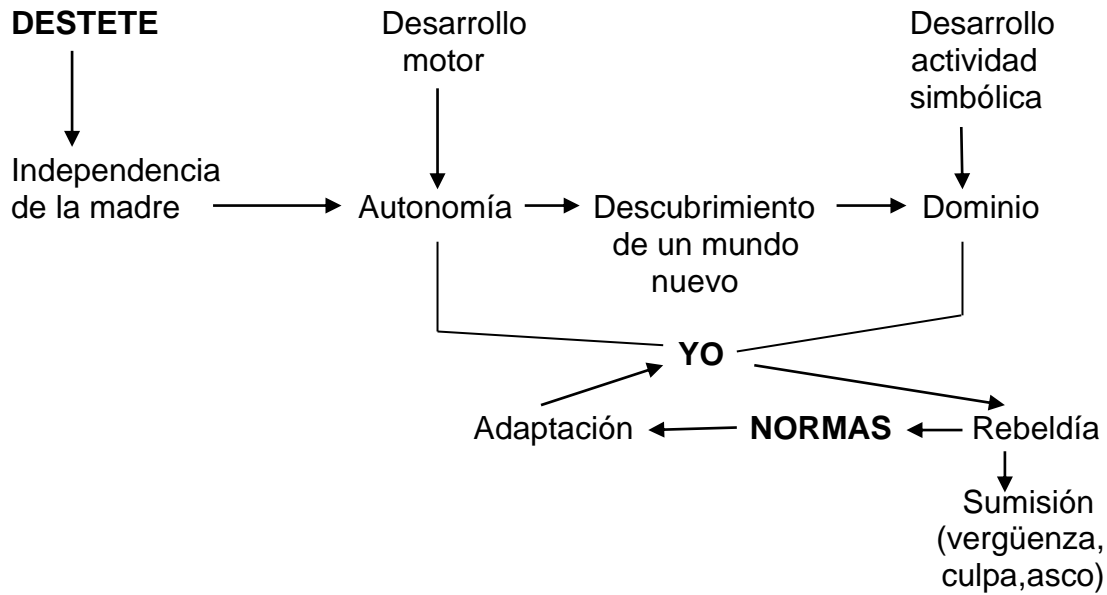
Las normas representan para el crío un nuevo obstáculo a superar, de ahí que no se acompañen de un automático cumplimiento; de hecho, se producen dos momentos bien diferenciados:

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 (“tercer organizador” de Spitz), que tiene que ver con los intentos de conservar su propia autonomía.

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, etc.).

Se trata, también, de una etapa de avidez por imitar el comportamiento de los adultos (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 capítulo 2º).

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 asunción de las normas. En la siguiente página se presenta un grafo del 2º y 3º años:



14.3.2. Del tercero al sexto años. Ahora el niño 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:

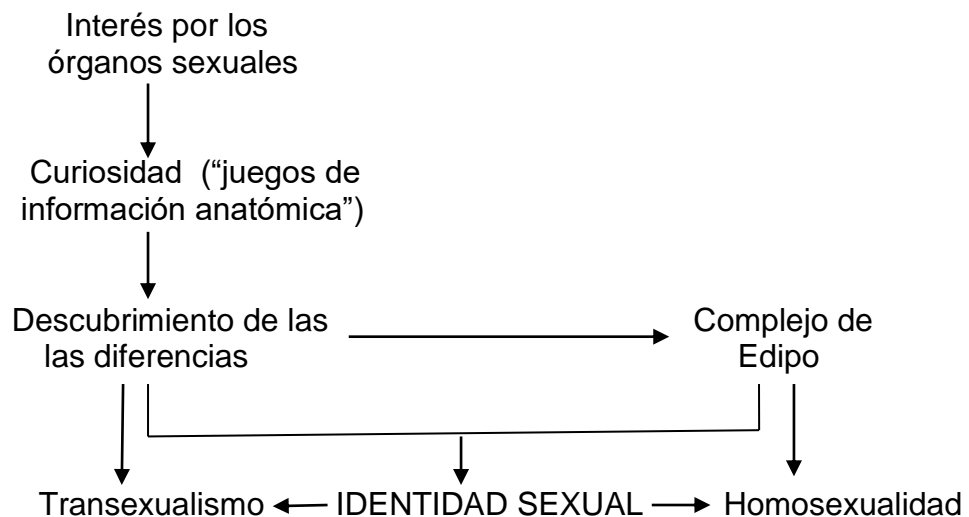
Una paciente comenta en la consulta que, cuando era pequeña, jugaba con sus amiguitos (niños y niñas) en un lugar oculto, el cuartito de la azotea, y lo hacían de la siguiente forma: colocaban una manta en el suelo y, sobre ella, alternativamente,, se iban tendiendo cada uno de ellos. Al que le tocaba, 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 un progenitor, rivalidad, etc.). Es un momento propicio para los cuentos que son una 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 2º). 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 el 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 crío 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.

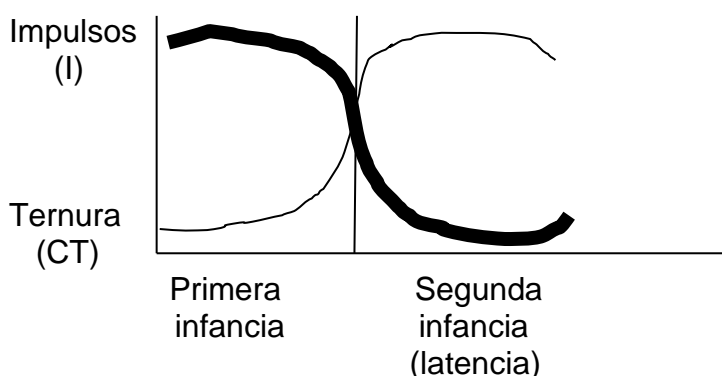
14.4. Segunda infancia (6 a 11-12 años).

14.4.1. 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 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 iniciales) 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 no pueden 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, comunistas, islamistas, 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).

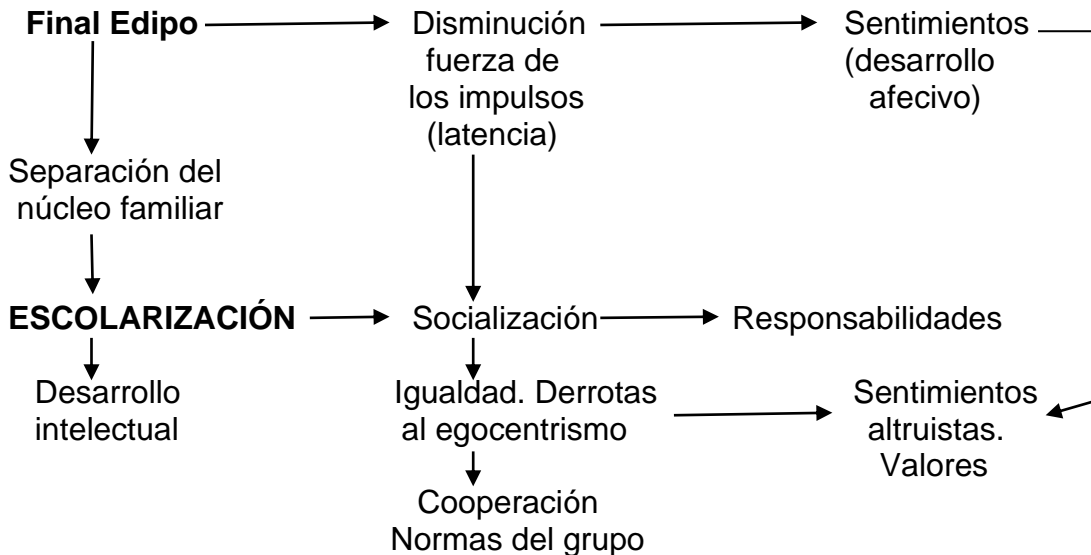
-Aparecen las responsabilidades. Va a experimentar lo que es el esfuerzo y el trabajo; a partir de este momento las responsabilidades irán creciendo hasta llegar a la adultez (la veremos en el capítulo próximo).

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 profesores; se aprende la historia, las costumbres, las actividades de recreo – teatro, música, cine, etc.-, literatura, modos de comportarse, política, educación, 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).



14.4.2. 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 (sobre todo en algunos individuos). Al mismo tiempo, el grupo va sustituyendo progresivamente al medio familiar.

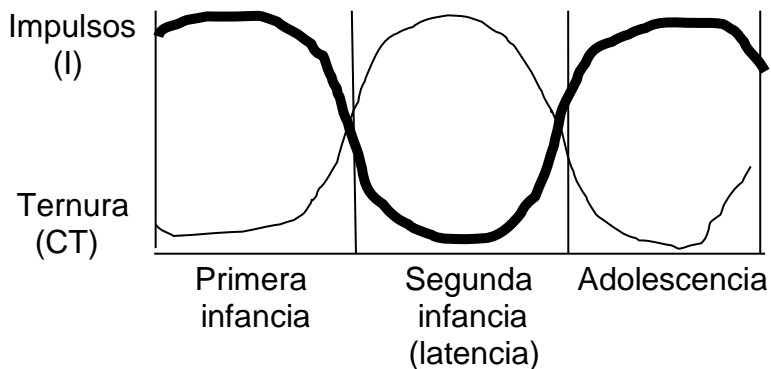
Muy importante en esta etapa es la internalización de las experiencias educativas, obteniendo un sistema de valores (si ha sabido aprovechar la etapa anterior, claro). Progresivamente, va obteniendo una identidad personal (“personificación”) que culminará en la siguiente etapa.

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”); conviene, en este sentido, repasar el capítulo del pensamiento, donde se habló de “conceptos” y de “preconceptos”.

14.5. La adolescencia.

Estamos en la etapa de transición de niño a adulto, que se caracteriza por una marcada crisis endocrina. De nuevo, vamos a asistir 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 se produce para salir fuera del hogar; ello ocasiona una nueva ampliación del espacio vital. La proyección hacia el exterior hay que entenderla como una exogamia, que impulsa al adolescente a buscar contactos externos al hogar familiar.



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

14.5.1. 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 osteomuscular, 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. imágenes sexuales, desnudos, videos, pornografía, 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 puede 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, pierden el vello púbico, no crecen las mamas, etc.). Relacionado también con estos cambios pueden presentarse esquizofrenias de comienzo precoz (en psiquiatría se tratará del problema del esquizofrénico con su cuerpo).

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 (son: sumisos, tímidos, inhibidos, inseguros, etc.). Entre tanto, las chicas son más grandes y activas, retienen más lo masculino (son: 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.

14.5.2. Adolescencia media (15-17 años). Las modificaciones se producen en el plano 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 al medio social, alejándose de aquellos, de manera que:

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

-La rebeldía que mostraba antes en la 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 hecho 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 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 proximidad (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, etc.). De ahí que existan defensas poderosas que se ponen en marcha para evitar la intimidad con otra persona, como son: la intelectualización (ser aplicado/a y sacar buenas notas) 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 realidad se redefinen), abandonándose las posiciones indefinidas de las etapas previas.

14.5.3. 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 capítulo, 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

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.

Capítulo 15º. Edad y enfermedad. El desarrollo psicológico (2): madurez y senectud.

15.1. La madurez.

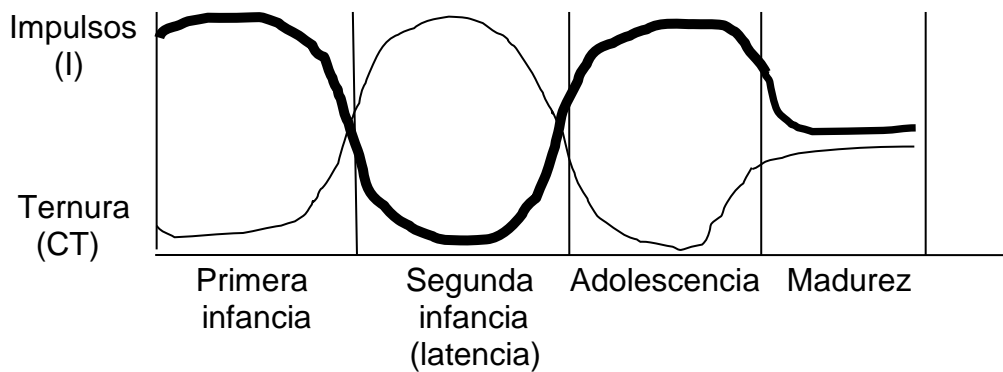
La madurez supone la culminación del ciclo vital evolutivo que implica una independización progresiva, al tiempo que se asumen los deberes y las responsabilidades que una cultura determina para un sujeto inscrito en ella. No se trata de un momento puntual del desarrollo, sino que supone un conjunto de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

15.1.1. 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 ningún lado 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 y 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 percata 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 se ha basado 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.).



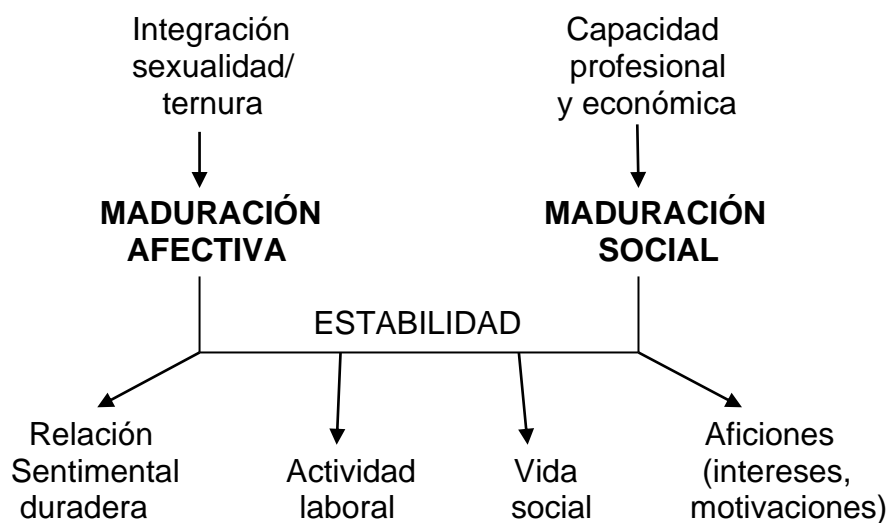
15.1.2. La maduración social. Supone hacer frente a las exigencias planteadas por la sociedad, quiere decir asumir los deberes y responsabilidades que nos corresponden, que se sintetizan en: una práctica profesional y vivir de los propios recursos. Freud decía que la persona adulta es aquella que “tiene 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. Antiguamente, era distinto porque, mientras más hijos se tenían era mejor, dado que había más mano de obra para levantar el patrimonio familiar.

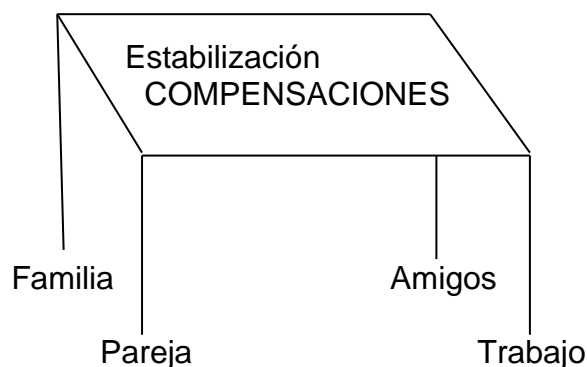
En consecuencia, la maduración, fenómeno contrario a la necesidad de dependencia (afectiva, social, económica, etc.), se está lentificando en las últimas décadas y con ello, prolongando la adolescencia que, según los expertos, concluye más allá de los 25 años. Los motivos son los siguientes: alargamiento 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 pueden alargarse o acortarse dependiendo de los factores 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” con el medio:



La “regla de la mesa” plantea una serie de elementos sobre los que agarrarse (familia, pareja, amigos 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).

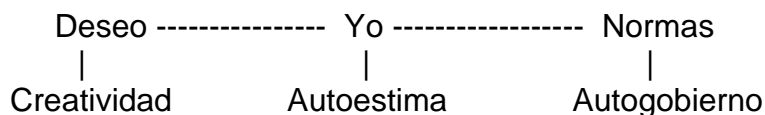


Al mismo tiempo, la madurez se caracteriza por el sentimiento de satisfacción ante la vida, tratándose este de un signo de salud mental, lo que supone un equilibrio de los tres elementos de la personalidad que ya definimos (ver capítulo 12º): el “deseo”, el “yo” y las “normas” y, desde cada uno de ellos, 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 lo mismo, 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 (como vimos en el capítulo 9º) 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”.

15.2. La senectud.

Entramos en la última etapa de la vida, lo que se ha llamado “ciclo vital involutivo” (1), 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 serán mayores de 65 años; de ahí que se hable de la “sociedad de la longevidad”. Ello implica que el médico 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 ser vivo y, en el ser humano en concreto, 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).

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

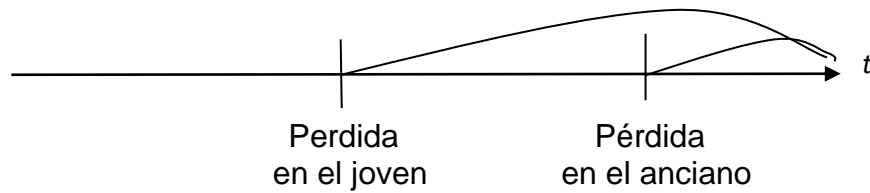
Esto viene a indicar que, el hecho de que disminuyan las capacidades, no implica ser inútil o inservible, porque van a producirse dichos mecanismos compensatorios. De hecho, Marco Tulio Cicerón, en su obra *De senectute* (Acerca de la vejez) (2) hacía una apología de la vejez, no dándole importancia a la pérdida de las capacidades en los ancianos. Esta obra sorprende bastante porque es 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 persona, más que de los fenómenos biológicos. Si continúa activa (física y psicológicamente), 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:

15.2.1. 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 (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.

15.2.2. 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). Hoy en día el sentido que se le da a esto es diferente, por dos razones:

a) se trata, más bien, de una transformación estructural que de una desestructuración, en la que intervienen las compensaciones y

b) el declive se puede relentizar, sobre todo si la persona se mantiene activa física e intelectualmente y sigue realizando tareas mentales (p. ej. ejercicios de matemáticas, aprendizaje de un idioma, lecturas y resumen de lo leído, etc.). El ejemplo lo tenemos en la gran cantidad de artistas, científicos y escritores que realizaron sus mejores obras siendo bastante mayores (Platón, Miguel Angel, 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 al darle más valor a los recuerdos. 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 más 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 posible pérdida de la memoria, ya que se intenta conservar lo vivido.

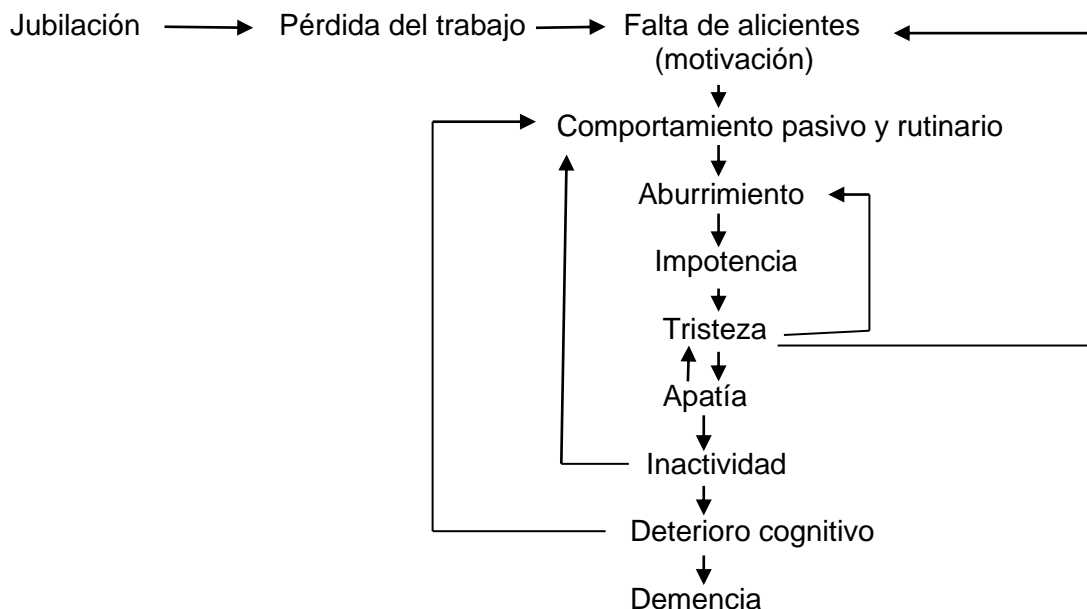
-La ausencia de futuro, se suple con el refugio en el pasado. El anciano intenta restaurar el narcisismo perdido en el presente (las “perdidas”: capacidad, encanto, papel social, amistades, etc.), de ahí que recurra a idealizar el pasado, constituyéndose como un pasado “glorioso”, que cuenta una y otra vez (las famosas “batallitas” del abuelo). 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 en demencia; sobre este particular el grafo de la página 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 médico, en estos casos, tiene 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 perdida la actividad laboral) y se lleva todo el día durmiendo o delante del televisor hasta que, imperceptiblemente, va perdiendo las capacidades hasta acabar 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 un estado de 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 espíandola 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 (y con el libro) hablamos de lo que se ha denominado “posmaduración de la personalidad”. Muchas personas llegan a la tercera edad y pueden actuar como niños o adolescentes (regresión) o, por el contrario, hacerse adultos (progresión); de ahí que esta época de la vida, al decir

de Alonso Fernández (3), 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. Ridruejo P, Medina A, Rubio JL. *Psicología Médica*. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1996.
2. Ciceron MT. *De senectute*. Madrid: Triacastela, 2001.
3. Alonso Fernández F. *Psicología Médica y Social* (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.