



UNIVERSIDAD BÍBLICA
LATINOAMERICANA
PENSAR • CREAR • ACTUAR

BACHILLERATO EN CIENCIAS TEOLÓGICAS
BACHILLERATO EN CIENCIAS BÍBLICAS

LECTURA SESIÓN 3

CTX 103 INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA

Baltodano, Mireya. “La psicología humana”. En *Introducción a la Psicología*, 59-85. San José: UBILA, 2009.

Publicación de la Editorial SEBILA de la Universidad Bíblica Latinoamericana.

Reproducido con fines educativos únicamente, según el Decreto 37417-JP del 2008 con fecha del 1 de noviembre del 2012 y publicado en La Gaceta el 4 de febrero del 2013, en el que se agrega el Art 35-Bis a la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, No. 6683.

Unidad 3

La psicología humana



... el aparato psíquico no es sólo un entramado de nervios, glándulas y músculos, sino que entran en juego los estímulos externos que la persona recibe de su entorno social, los impulsos internos y la forma cómo los procesa personalmente. Esta es la dimensión emocional no tangible que todos los humanos tenemos. Si no tuviéramos la capacidad de sentir, o la capacidad volitiva, seríamos máquinas en las que a cada estímulo le correspondería una respuesta.

La psicología humana

3.1 La estructura psíquica. 3.2 El aparato psíquico. 3.3 El origen de las enfermedades psicológicas. 3.4 Los mecanismos de defensa del yo. 3.5 Las enfermedades emocionales: neurosis, psicosis esquizofrénicas, psicosis maníaco-depresivas. 3.6 Las enfermedades psicosomáticas: consideraciones sobre las enfermedades psicosomáticas, confluencia de factores psico-sociales en la enfermedad. 3.7 Salud mental.

¿Cuáles son mis presupuestos?

Antes de estudiar esta unidad, descubra desde cuáles premisas inicia la lectura del contenido teórico, desde qué

opiniones o concepciones sobre la psique humana está partiendo. El comportamiento humano es un tema cotidiano en la vida social. Aparece en novelas, poesía, conversaciones, películas y canciones. A través de la vida vamos forjando ideas que explican algunas conductas propias y de otras personas.

Conteste por escrito y en forma espontánea las preguntas siguientes. Sus respuestas servirán para que autoevalúe su punto de partida sobre el tema. Al terminar la Unidad podrá comparar sus conceptos previos con lo aprendido en la misma.

- ¿Qué factores definen la personalidad?

Objetivos

Al terminar esta Unidad el o la estudiante podrá:

1. Dar razón de la dinámica psíquica de nuestro organismo, que determina nuestra personalidad, comportamiento y salud emocional.
2. Analizar las formas como participan los factores socio-culturales en la formación de la personalidad y el comportamiento humano.

- ¿En dónde se ubica orgánicamente el funcionamiento psíquico?
- ¿Por qué a veces las personas se comportan distinto a lo que se espera de ellas?
- ¿Cómo surgen las enfermedades mentales?
- ¿Ha sentido alguna vez temor a la locura?

Metodología

Esta unidad introduce a conceptos fundamentales de la psicología. Para facilitar la comprensión de los mismos, incluimos preguntas a través del módulo, con el fin de ir sintetizando los asuntos teóricos que se van presentando. Las respuestas a estas preguntas forman parte de las tareas de esta Unidad. Por favor, realice todas las tareas de esta Unidad en el tiempo oportuno.

...el aparato psíquico no es sólo un entramado de nervios, glándulas y músculos, sino que entran en juego los estímulos externos que la persona recibe de su entorno social, los impulsos internos y la forma cómo los procesa personalmente.

3.1 La estructura psíquica

El comportamiento humano es la expresión emocional-corporal-mental integrada de cada persona. Al actuar o comportarse, cada persona se manifiesta desde su interior y se da a conocer. Las expresiones emocionales pueden ser verbales, gestuales y actuadas. Lo que es visible en el comportamiento humano tiene un

asidero corporal y una estructura psíquica interna a la que se le llama aparato psíquico. El aparato psíquico no tiene una forma fisiológica identificable, ni una ubicación particular en el organismo, sino que es un entramado de funciones del sistema nervioso central, del sistema endocrino, del cerebro y del aparato motor, que conjuntamente producen una conducta que responde al entorno social.

Sin embargo, el aparato psíquico no es sólo un entramado de nervios, glándulas y músculos, sino que entran en juego los estímulos externos que la persona recibe de su entorno social, los impulsos internos y la forma cómo los procesa personalmente. Esta es la dimensión emocional no tangible que todos los humanos tenemos. Si no tuviéramos la capacidad de sentir, o la capacidad volitiva, seríamos máquinas en las que a cada estímulo le correspondería una respuesta. En el campo de la fisiología se llama arco reflejo a la conexión estímulo-respuesta. En la conducta humana las acciones y las expresiones emocionales están mediatizadas por la voluntad, los afectos y la racionalidad propias de cada persona. Por eso afirmamos que cada persona es única.

Aunque existe una estructura psíquica común a todos los seres humanos, existe una estructura de personalidad particular a cada ser humano. La manera individual en que cada persona hace uso de su estructura psíquica depende de sus rasgos fisiológicos

propios y sus vivencias personales. Por tanto, la manera individual en que las personas procesan los estímulos internos y los que reciben de su medio socio-afectivo, determina la configuración personal que otorgan a su aparato psíquico.

Pregunta 1

¿Por qué se afirma que cada persona es única?

A manera de ejemplo: los y las bebés recién nacidos lloran cuando tienen hambre. En esta edad tan temprana está actuando la conexión estímulo-respuesta. Más adelante, cada bebé que sienta hambre responderá de manera distinta a ese estímulo interno, combinándolo con la respuesta externa que ha tenido a su conducta cuando tiene hambre. Algunos seguirán llorando, otros retorcerán su cuerpo para llamar la atención, otros se consolarán succionando su dedo pulgar, entre otras. La respuesta de los bebés más crecidos ha pasado ya por un proceso de configuración de sus sensaciones y emociones en su aparato psíquico. Uno aprendió que la única forma de ser atendido es seguir llorando. Otro quizá conoció que las personas cercanas han aprendido a leer sus necesidades. Otro aprendió que por más que llore no le darán la comida sino hasta la hora indicada. En estos aprendizajes inconscientes se ha

producido una mediación ante un estímulo interno, dándoles una respuesta aprendida en la interacción externa. En este proceso actúan mecanismos psíquicos como la negación, la represión y la sublimación.

3.2 El aparato psíquico

Según la teoría psicoanalítica existe un patrón básico que siguen los fenómenos mentales o emocionales. Los estímulos externos o corporales inician una tensión en el organismo que activa fuerzas intermediarias (aprendidas) que inhiben o resuelven la tensión. La pulsión psíquica actúa como una energía apremiante, cuya intensidad varía según la necesidad sentida. Las pulsiones psíquicas no son energía instintiva puramente, sino fuerzas que conjugan las fuentes de energía orgánicas (eléctricas y químicas) con las necesidades sociales y afectivas que se alimentan en el espíritu humano. Esa conjugación es un fenómeno psíquico. Los fenómenos psíquicos no son aislados, sino que se concatenan con otros para ir configurando el comportamiento, es decir, la respuesta personal a las necesidades.

En el entramado de los fenómenos psíquicos, las pulsiones psíquicas o la energía psíquica se desplaza o se acumula en el organismo. Funciona como una *economía mental*, en la que todo lo que entra como estímulo al organismo, debe resolverse, ya sea saliendo de él o desplazándolo a otro

momento o situación estimulante. Al acumularse la energía psíquica, puede disfrazarse en conductas que pugnan por resolverse. A estas conductas se les denomina síntomas psíquicos. Cuando una pulsión psíquica se resuelve es porque la estructura psíquica encontró correspondencia con esa tensión. Pero cuando una determinada pulsión psíquica no se resuelve es porque aparecen dentro de la estructura psíquica otras fuerzas contrarias a esa pulsión que la inhiben de resolverse. Así funciona la *dinámica mental*, que arbitra qué, cómo y cuándo se resuelve una pulsión psíquica.

Si la dinámica mental no logra resolver la pulsión psíquica y la economía mental la desplaza, ésta se acumula en alguna área del aparato psíquico esperando su resolución. Esta función es propia de la *topología mental* que estructura las pulsiones en espacios psíquicos según su proceso de motilidad o resolución. Podríamos decir que la energía psíquica estancada encuentra un lugar donde estar guardada, y que hay otro lugar en el que podría hacer ante-sala para resolverse; y finalmente hay otro espacio donde la energía psíquica se mueve sin limitaciones.

Estos espacios son las instancias psíquicas conocidas como *inconsciente* (lo retenido), *pre-consciente* (lo olvidado temporalmente) y *consciente* (lo recordado y reconocido). Las instancias psíquicas no tienen en sí un

lugar físico ubicable. Son instancias que involucran a varias funciones fisiológicas, que operan como una base de datos que nos equipa emocionalmente para responder a los estímulos psíquicos.

Pregunta 2

¿Qué es la energía psíquica y cómo actúa?

Las funciones dinámicas, económicas y topológicas del aparato psíquico requieren de una gobernabilidad. La administración de la energía psíquica, dentro de las instancias psíquicas mencionadas, recae en una estructura psíquica tripartita, es decir, en tres funciones equilibrantes de las respuestas emocionales o del comportamiento. Estas son las funciones del *yo*, del *superyo* y del *ello*. Anteriormente se dijo que los seres humanos mediatizan las respuestas a los estímulos externos e internos. La estructura psíquica del *yo-superyo-ello* es la base para mediatizar el comportamiento. Cada una tiene una función catalizadora de las vivencias diarias.

El *yo* tiene la función de seleccionar las percepciones externas, es decir lo que se dice y se hace en las relaciones inter-personales. Al mismo tiempo, el *yo* percibe los estímulos internos, aquellos que emergen de lo sentido, lo aprendido, lo guardado o lo no

resuelto. Su función es que los estímulos externos y las pulsaciones internas se resuelvan armónicamente. Para atender los estímulos externos y los impulsos internos, el *yo* utiliza el juicio, la inteligencia y la energía vital intrínseca al ser humano. Trata de evitar la descompensación de la persona frente a las demandas sociales y corporales, ya sea por exceso, por carencia o por contradicciones. Funciona como árbitro entre estímulos que no son recíprocos y las otras dos mediaciones de la estructura psíquica (el *superyo* y el *ello*).

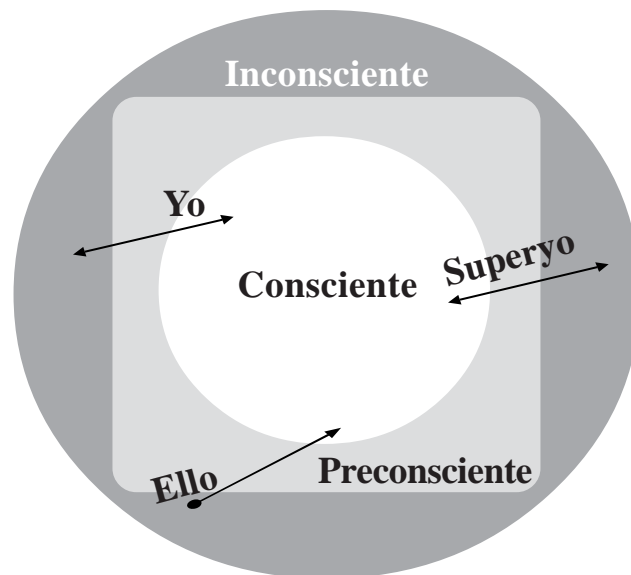
El *superyo* recoge los valores y demandas sociales que la persona recibe desde su nacimiento. Es como el transportador de lo heredado culturalmente, en sus aspectos más reguladores del comportamiento. Su función es marcar los límites que protejan la integridad de la persona.

El *ello* es el comportamiento más primario en las personas, la respuesta más orientada por lo visceral, lo impulsivo, lo fuertemente fundamentado en el placer. Es fuerza de sobrevivencia o de defensa, para la vida y la satisfacción de las necesidades internas.

La estructura psíquica está organizada de manera que permite la satisfacción de las necesidades emocionales de la persona para lograr placer vital, gratificación y creatividad. Sin embargo, una crianza o vivencias inadecuadas pueden alterar el equilibrio

de esta estructura, de manera que las funciones del *yo* se vean desafiadas por las otras dos instancias, creando un desbalance general en el aparato psíquico. La insatisfacción de las necesidades genera una crisis a nivel psíquico, que se manifiesta como trastornos de la personalidad o enfermedades emocionales. Antes de analizar cómo la estabilidad emocional se podría ver alterada, habría que mostrar figurativamente al aparato psíquico.

APARATO PSÍQUICO



Este gráfico trata de representar al Aparato psíquico, relacionando las instancias psíquicas (Consciente–Preconsciente–Inconsciente), con las intermediciones de la estructura psíquica (Yo–Superyo–Ello). El *Yo* predomina en el Consciente, el Preconsciente y parte del Inconsciente, como ente catalizador y equilibrante. El *Ello* tiene como su dominio al Inconsciente y se asoma en el Consciente bajo la regulación del *Yo*. El *Superyo* está presente en el Consciente por provenir de lo externo, pero se asienta en el Inconsciente por medio del aprendizaje social.

Pregunta 3

¿Cuáles son los primeros indicadores del surgimiento de una enfermedad mental?

3.3 El origen de las enfermedades psicológicas

La personalidad se construye en el relacionamiento diario, como afirmamos, y a partir de los rasgos de temperamento propios. El aparato psíquico descrito anteriormente es el andamiaje mediante el cual se construye la personalidad. Este andamiaje puede ser debilitado por el mal uso, de manera que la personalidad podría quedar resquebrajada o frágil. La debilitación de la estructura psíquica puede ser ocasionada por descontroles orgánicos en los sistemas comprometidos con la vida emocional, o por disfuncionalidad en el relacionamiento social y familiar. De ahí que, según el origen del debilitamiento, se habla de enfermedades mentales de origen somático y de enfermedades mentales de origen funcional. La palabra enfermedad es utilizada en el enfoque médico, pero las alteraciones en el comportamiento se pueden designar como disfuncionalidad o trastornos de la personalidad.

Las primeras señales de alteración funcional que aparecen en el comportamiento son actitudes,

actuaciones, pensamientos o padecimientos corporales que no parecen corresponder al estímulo. Algunos ejemplos de estas señales podrían ser temores exagerados frente a situaciones, personas o animales que no son amenazantes; aislamiento social; llanto repentino sin motivo aparente; rigidez corporal; hilaridad o expresiones de euforia sobredimensionada; irritabilidad o enojo crónico; alteraciones del sueño, en el apetito y el rendimiento intelectual, entre otras. Estas y muchas más son manifestaciones de tensiones no resueltas, que en el lenguaje clínico se llamarían síntomas psíquicos.

Los síntomas son una forma sustitutiva que disfraza deseos o ideas pendientes de resolver. Todos los síntomas psíquicos, aún aquellos que parecen orgánicos, están conectados con sentimientos de displacer que quedaron retenidos en la estructura psíquica. Como la necesidad no se resolvió en el momento apropiado, la emoción conectada con esa necesidad fue reprimida y sustituida por una idea, creencia, sentimiento, dolencia o conducta relacionada con la necesidad original. Los síntomas, entonces, siempre tienen relación en su forma, expresión o contenido con las necesidades originales no resueltas. La conexión entre síntomas e insatisfacciones retenidas se descubre generalmente a través de la terapia psicológica.

3.4 Los mecanismos de defensa del yo

La anterior descripción del origen de la sintomatología se explica en las fuerzas defensivas que genera la estructura psíquica para protegerse. Cuando una persona enfrenta una situación dolorosa, atemorizante o de gran carencia, a un grado que le resulta difícil de tolerar, el *yo*, como ente regente de la estabilidad emocional, utiliza recursos amortiguadores del impacto de tal situación en el organismo. Estos recursos son los *mecanismos de defensa del yo*. La defensa está basada en un principio vital de protección del ser humano, cual es la evitación del dolor. La defensa frente al dolor puede ocurrir a nivel físico, como cuando la persona se desmaya para no sentir la aguda punzada de una herida. Pueden también ser dolores afectivos, como cuando la persona se desmaya al conocer una noticia que le produce un agudo sentimiento de pérdida.

Los mecanismos de defensa del yo aparecen como tamizadores del impacto que un dolor psíquico puede ocasionar en el organismo. Por ejemplo: Una niña de cinco años presencia la muerte accidental de su mascota. Su madre la refugia en la casa y después de llorar se duerme. Cuando despierta no recuerda bien lo que pasó y la familia encubre el tema. La niña recurre al mecanismo de *negación* para aliviar una realidad que le es transitoriamente angustiante. Mediante

la negación, la niña podría fantasear que su perro no ha muerto y que se fue en busca del Gran Lobo, líder de todos los perros. La familia alimenta esa fantasía para evitarle el dolor. El dolor original queda como angustia reprimida en el Inconsciente a través del mecanismo de negación, pero con el tiempo la niña empieza a manifestar algunas conductas nuevas: tiene miedo a la oscuridad, no desea quedarse en el jardín infantil, y por las noches tiene pesadillas; sueña que su perro se cae del risco que está subiendo con otros perros y que ladra llamándola. Lo que está ocurriendo es que según la economía de la energía psíquica, la angustia reprimida busca salir del Inconsciente para buscar su resolución. Los síntomas actúan como sustitutos cercanos al dolor reprimido: temor al abandono y miedo a lo violento inesperado.

Pregunta 4

¿Cuál es la función de los mecanismos de defensa?

Los síntomas de la niña podrían aliviarse si se habla con ella sobre lo que realmente ocurrió a su perro, se hace algún acto simbólico que ayude al duelo y se le brinde seguridad frente a potenciales peligros. Si se deja que los síntomas continúen, éstos pueden ir tomando nuevas formas o expresiones a través de la dinámica psíquica y llegar a estar muy transformados y complicados en la edad adulta de

manera que entorpezcan las relaciones afectivas en un grado más severo. Es importante tomar nota que esta sintomatología ha sido de alguna manera reforzada a través de las relaciones familiares, quizá por sobreprotección o por las personalidades evasivas de su padre o madre.

Mecanismos de defensa

1. Represión: Sacar del Consciente y trasladar al Inconsciente las experiencias que generan angustia. No todo lo guardado en el Inconsciente es reprimido.

2. Introyección: Acomodar en la estructura psíquica las experiencias vividas en las relaciones interpersonales, no por represión, sino por aprendizaje consciente o inconsciente.

3. Negación: Rechazar aspectos de la realidad borrándolos de la conciencia, asumiendo una interpretación falsa de la realidad.

4. Identificación: Adoptar inconscientemente rasgos de la personalidad de otra persona para compensar vacíos propios.

5. Proyección: Asignar a la personalidad, comportamiento o actitudes de otra persona, rasgos propios que resultan inaceptables. Es una forma de evitar confrontar los sentimientos no deseados.

6. Conversión: Trasladar un trastorno mental al cuerpo, para que aparezca como síntoma orgánico. Generalmente el síntoma refleja el conflicto de origen (como ceguera, paralización, mutismo).

7. Racionalización: Explicar con razones lejanas a la realidad una situación que resulta inaceptable o intolerable.

8. Formación reactiva: Actuar lo contrario a lo que se piensa. Combina los mecanismos de compulsión (actuación impulsiva de lo realmente deseado) y anulación (actuación seguida y contraria que borra lo actuado compulsivamente). Ejemplo: una persona con gran hostilidad interna puede mostrarse sumamente complaciente y cálida.

9. Sublimación: Actuar las angustias o conflictos de una manera más creativa y positiva mediante expresiones artísticas, gestos altruistas o actividades de crecimiento humano.

En síntesis, los mecanismos de defensa son transacciones que el yo hace entre el Consciente y el Inconsciente, procurando atenuar impactos psíquicos que comprometan a todo el aparato psíquico.

En esa dinámica psíquica que involucra el aspecto topológico y el económico del manejo de la angustia, el yo sigue siendo el árbitro de lo que aflora a la conciencia, tomando en cuenta la fortaleza psíquica de la persona. En la administración de la angustia reprimida pueden entrar en juego otros mecanismos de defensa, haciendo que el síntoma original vaya cambiando.

Por ejemplo, hipotetizando el caso de la niña, ésta como mujer adulta podría usar el mecanismo de anulación, para evitar o postergar cualquier expresión de dolor ante nuevas pérdidas. Se torna así en una persona afectivamente rígida o aislada. O podría emplear el mecanismo de conversión para trasladar al cuerpo la angustia retenida, expresada con un síntoma como ataques de pánico frente a rupturas afectivas. O recurrir al mecanismo de desplazamiento de la angustia, desarrollando temor a la altura o a los espacios abiertos. El psicoanálisis ha identificado diversos mecanismos de defensa (ver recuadro).

3.5 Las enfermedades emocionales

Como hemos dicho, las enfermedades emocionales se producen a través de

un *proceso de represión*, utilizando cualquiera de los mecanismos de defensa. El principio de salud emocional entonces radica no en la falta de conflictos en la vida, sino en su resolución adecuada. En consecuencia, la etiología de las enfermedades emocionales es la acumulación de energía psíquica o angustia no resuelta, que queda atrapada en el organismo y que se expresa en el relacionamiento con otras personas o en síntomas corporales. La enfermedad emocional, por tanto, es una respuesta al resentimiento que se produce ante conflictos en las relaciones inter-personales; la enfermedad es la expresión de inconformidad frente a algo vivido de manera dolorosa; la enfermedad puede también ser una forma de rebeldía del organismo a la devaluación de su ser. La enfermedad podría también llegar a convertirse en un medio para controlar a otras personas o un medio para evitar la soledad.

Las enfermedades emocionales pueden alcanzar diferentes grados de complejidad, dependiendo de cuán profundamente ha calado el conflicto internalizado en el organismo. Si el conflicto se mantiene latente y accesible a la conciencia, las manifestaciones se producen a nivel de personalidad, como trastornos o alteraciones de carácter. Estos trastornos pueden estar acompañados de problemas psicósomáticos. Son sintomatologías de fácil curación con terapia.

Cuando los conflictos han recurrido a mecanismos de defensa que producen en la persona formas irracionales de reaccionar, que no son controladas voluntariamente, se ha llegado a un nivel de neurosis. Las neurosis aparecen cuando la experiencia traumática genera una angustia muy fuerte que no puede ser expresada de manera racional y queda bloqueada. Al ser bloqueada aparecen los síntomas neuróticos, que son manifestaciones fisiológicas o emocionales, expresadas como una inquietud inespecífica y generalizada o por inquietudes muy concretas, según el origen de la experiencia traumática.

Pregunta 5

¿Cuál es una diferencia fundamental entre neurosis y psicosis?

En el caso de las neurosis, la crisis emocional se encuentra estructurada dentro de la personalidad, es decir, invade todo el comportamiento. En cambio, cuando se dan trastornos de personalidad, estas reacciones irracionales ocurren sólo ante determinadas situaciones.

Un nivel más avanzado de la enfermedad emocional o mental son las psicosis. En este nivel la persona enferma ha traspasado la barrera de lo irracional y pierde contacto parcial o generalizado con la realidad. La estructura de la personalidad está trastocada a una profundidad que altera

la percepción de lo que le rodea y crea un delirio sobre ella.

Tanto las neurosis como las psicosis necesitan tratamiento psicoterapéutico y éstas últimas requieren además medicación. Daremos una descripción breve de las neurosis y psicosis, sin el afán de profundizar sobre temas que corresponden al campo profesional de la psicología. Posteriormente abordaremos el tema de las enfermedades psicosomáticas, a través del análisis psico-social del asma bronquial.

3.5.1 *Las neurosis*

Las neurosis tienen como síntoma central la angustia, que es energía psíquica acumulada y que por el proceso económico del aparato psíquico, como explicamos antes, trata de resolverse a través de los síntomas. Son entonces los síntomas los que caracterizan diferencialmente a las neurosis. Estas son las principales:

Neurosis de angustia o fobia. Se caracteriza por el fuerte temor a animales o espacios físicos (cerrados, muy concurridos, altos), elementos de la naturaleza, entre otros. En esta neurosis el temor manifestado parece irracional. El síntoma (la ansiedad frente a un objeto) se ha generado por el desplazamiento hacia ese objeto de un temor real relativo a otra situación o persona. El temor real ha sido reprimido, porque no ha existido un ambiente familiar o social apropiado

para expresarlo. El objeto que se teme normalmente tiene alguna relación con la situación traumática reprimida. La personalidad de la persona fóbica tiende a ser evitativa. Los temores frecuentes a ciertos animales pequeños no deben confundirse con una neurosis fóbica. La fobia está arraigada en la personalidad y la intensidad y aparente irracionalidad del síntoma la distingue de temores frecuentes en las personas.

Neurosis de conversión o histeria. La histeria (que no tiene relación con la hilaridad emocional) tiene como síntoma central la afección de funcionamientos orgánicos, tales como los sentidos o los musculares. Ejemplos de síntomas son la ceguera, la sordera o la paralización de extremidades. El concepto de conversión denota el traslado de una afección psicológica a la esfera somática. Cuando los exámenes médicos revelan que el síntoma no es producido por razones corporales, puede buscarse la raíz del síntoma en la vida psíquica, generalmente vinculada con la vida familiar, relaciones afectivas tempranas, hechos traumáticos, duelos retenidos, entre otros. El órgano escogido para expresar el dolor retenido tiene relación con el suceso que lo generó. No se deben confundir las enfermedades psico-somáticas con la neurosis de conversión. En las enfermedades psico-somáticas existen dos fuentes para el síntoma y son tratables a nivel médico y psicológico. En la histeria el tratamiento es psicológico.

Neurosis obsesiva compulsiva. La neurosis obsesiva compulsiva, cuando está avanzada, puede llegar a ser tan severa que impide el funcionamiento cotidiano de la persona, por los rituales complejos que llega a desarrollar. Esta neurosis combina dos síntomas: la obsesión y la compulsión. La obsesión induce a la persona a velar por la rigurosidad en los detalles de la vida cotidiana, que normalmente se expresan en un orden excesivo, limpieza extrema y rutinas altamente elaboradas que se deben seguir en los quehaceres diarios. A estos síntomas típicos de la neurosis se suman relaciones afectivas obviamente conflictivas.

Pregunta 6

¿Qué es la ansiedad y cómo se manifiesta?

La obsesión se vuelve compulsiva en el sentido de que la persona se ve impelida a protegerse de tensiones internas que lo impulsan a ser exactamente lo contrario, es decir, desordenado, sucio, espontáneo, entre otras. Las defensas frente a esa pulsión interna tienen que ser férreas para que la persona no sucumba a sus sentimientos de agresividad retenidos. El mecanismo de defensa que actúa en esta neurosis es la formación reactiva. El comportamiento neurótico puede llegar a ser tan severamente ritualista que la persona se agota, se aísla, teme las relaciones externas, no puede funcionar en un mundo que percibe como caótico.

3.5.2 Las psicosis esquizofrénicas

Las psicosis son enfermedades mentales que invaden la totalidad de la persona y que en su mayoría le inhabilitan para el buen desempeño relacional-social y ocupacional. Su mayor inhabilitación proviene de la tergiversación de la realidad objetiva, sumiéndose la persona en un mundo propio. Para algunas personas las desconexiones con la realidad pueden ser esporádicas, según los estímulos externos que las estimulan momentáneamente, pero en otros casos la desconexión es total y requieren hospitalización.

La esquizofrenia es la psicosis más reconocida porque disocia la personalidad, y sume a la persona en un estado autístico, es decir, de ensimismamiento, de vivir hacia el interior, con un pensamiento alterado en el cual se debaten a nivel inconsciente ideas simbólicas y representativas de una realidad disociada. Los síntomas más visibles son las alucinaciones auditivas o visuales, los delirios y el recogimiento del yo que se traduce en un aislamiento socio-afectivo.

Algunos de los síntomas podrían apreciarse en estados psicóticos agudos, producto de situaciones traumáticas y no necesariamente de una esquizofrenia, tales como los producidos por intoxicación alcohólica o de otra fuente, síndromes post-parto, dolores profundos por pérdidas, entre otros. Por tanto, al hacer esta distinción

de los cuadros agudos, estamos afirmando que las psicosis son estados mentales crónicos.

La esquizofrenia está ligada al desarrollo psicodinámico de la persona dentro de su ambiente familiar y social, siguiendo el proceso psíquico antes descrito. Al mismo tiempo, el enfoque psiquiátrico clínico afirma que existen condiciones neurobiológicas hereditarias en las personas esquizofrénicas, que actúan como predisposición para el desorden mental o la locura. Estas afirmaciones se fundamentan en estadísticas. Sin embargo, el factor hereditario es discutido por otros enfoques psiquiátricos que afirman que el medio es el enfermante y que la locura es la única salida congruente respecto un medio patológico. Tal afirmación la acompañan con estudios realizados con familias. Los principales expositores de esta tendencia son Ronald Laing y David Cooper, de la Escuela Anti-psiquiátrica.

Quizá la posición más fundamentada sobre la etiología de las esquizofrenias es la multi-causal y la casuística. ¿Qué quiere decir esto? Que no es posible ignorar cuánta “locura” generalizada produce el medio socio-familiar contemporáneo, al generar conductas disociativas, agresivas, auto-destructivas en las personas, afectando de manera específica a éstas. Pero tampoco es posible ignorar que existen casos de personas que empiezan a tener manifestaciones tempranas de un

desequilibrio en la personalidad que responden en parte a razones orgánicas, además del contexto social y familiar. Es el caso de la bipolaridad, que se manifiesta al final de la adolescencia como un desbalance químico que hace variar en forma cíclica el estado de ánimo de jóvenes a niveles peligrosos. Estos son trastornos metabólicos o endocrinos que requieren medicación para estabilizar el comportamiento. Por tanto, la causalidad múltiple es comprobable, al igual que la distinción entre un caso y otro.

Pregunta 7

¿Cómo influye el ambiente socio-familiar en la formación de la esquizofrenia?

Las esquizofrenias, desde una perspectiva psicológica, siguen un proceso que termina por desorganizar el *yo* y su mundo circundante. Este proceso se inicia en etapas tempranas de la vida, fundamentalmente en las relaciones con el padre y la madre durante la infancia, de manera que el *yo* queda debilitado y, en su impotencia para vivir el mundo real que le es inhóspito, se refugia en un mundo imaginario que le da mayor seguridad. Este es el mecanismo de regresión, la defensa más primaria. La esquizofrenia es progresiva y se va manifestando con desórdenes de la personalidad, especialmente en el área afectiva y relacional, tales como rasgos neuróticos, retraimiento, ideas

paradójicas o excentricidades, hostilidad hacia la familia, ensoñación, cambios repentinos de humor y otros.

Puede suceder que la esquizofrenia comience con un estado psicótico agudo, con el brote de delirios, alucinaciones, conducta maníaca (euforia desmesurada), depresión profunda (melancolía), confusión (incapacidad de distinguir la realidad con la fantasía), entre otros. También podría ocurrir que haya habido un episodio agudo en la niñez o la juventud y que reaparezca en la edad adulta. Más frecuentemente observamos estos accesos agudos de locura en edades tempranas, como los cada vez más frecuentes comportamientos agresivos de jóvenes que matan a miembros de su familia o a estudiantes de su misma edad.

Los rasgos más característicos de lo que hemos llamado la disociación son la ambivalencia, que consiste en tener dos sentimientos antagónicos; la impenetrabilidad, caracterizada por el hermetismo en sus intenciones o conducta; la extravagancia, que se expresa por una búsqueda de respuestas complicadas y encadenadas a sus problemas (delirios); y el desapego social manifiesto por un retraimiento hacia el interior.

Las esquizofrenias clínicamente identificadas son:

La hebefrenia. Es la “demencia precoz de los jóvenes”, que se inicia

en la adolescencia a veces con dificultades de estudio o problemas hipocondríacos, y que evolucionan rápidamente a estados de ensoñación, grandeza o apatía progresiva, hasta alcanzar estados regresivos masivos. Es importante señalar que los síntomas descritos pueden estar presentes en jóvenes, sin que presagien una eventual esquizofrenia. Por tal razón, el enfoque casuístico y contextual permite un diagnóstico diferencial para no caer en generalizaciones.

La hebefrenocatatonía. En esta forma de esquizofrenia predominan los trastornos psicomotores. Aunque el trastorno es generalizado, se produce un estado de estupor que puede alcanzar hasta el bloqueo completo del movimiento. Los síntomas son variados: mutismo, rechazo de alimentos, ecolalia (repeticiones verbales), muecas, explosiones de risa, tics, movimientos estereotipados, descargas agresivas verbales o gestuales, rigidez muscular, trastornos neurológicos, entre otros. Estos síntomas son la expresión somática de una personalidad disociada.

La esquizofrenia paranoide. Con fundamento en la disociación básica del pensamiento, la esquizofrenia paranoica se particulariza por un delirio construido en ideas persecutorias. Los delirios son relatos o elaboraciones de experiencias de despersonalización, con temas frecuentes de conspiración y acosamiento. Los delirios se producen autísticamente, en un mundo

interior herméticamente oculto y lleno de laberintos. Se expresan en un lenguaje abstracto y simbólico imposible de comprender, y orientado por un pensamiento mágico.

La esquizofrenia simple. Es la esquizofrenia que evoluciona lentamente (procesos de diez a quince años) y que se manifiesta con rasgos de carácter esquizoide (rarezas, aislamiento, rigidez), precedidos de fatigas, depresiones o apatías que ocultan cuadros psicóticos en proceso. Las personas que la padecen pueden llevar una vida social activa con algunas dificultades, pero si llegan a agudizarse repentinamente, dejan al descubierto los conflictos de personalidad profundos.

Pregunta 8

¿Cuáles son los síntomas que distinguen a cada una de las esquizofrenias descritas?

Las esquizoneurosis. Son estados psicóticos que se suceden de estados neuróticos, cualquiera de ellas, en forma de crisis oscilatorias. Las crisis pueden ser explosivas y fugaces, expresada en dos formas: la ensoñación imaginaria o el enojo negativista, a veces de modo violento. Lo que predomina es una neurosis grave, principalmente la histeria y la neurosis obsesiva, que salta temporalmente a estados más disgregados de la persona.

3.5.3 *Las psicosis maníaco-depresivas*

Dentro de la psicosis se identifica otro cuadro patológico no incluido en las esquizofrenias. Se trata de la psicosis maníaco-depresiva que, como su nombre lo indica, tiene el síntoma psicótico centrado en el ánimo, el cual transcurre cíclicamente de un estado de euforia a un estado depresivo. El nivel de ánimo se relaciona íntimamente con la necesidad afectiva y la auto-estima de la persona.

Aunque la euforia y la depresión son estados que surgen como respuesta a sucesos estimulantes o dolorosos de la vida cotidiana, y aparecen también en casi todas las neurosis y psicosis, en la psicosis maníaco-depresiva estos estados de ánimo alcanzan grados superlativos que ponen en riesgo la vida de la persona. Al igual que con las esquizofrenias, existen posiciones diversas sobre la etiología de esta enfermedad.

Los estudios clásicos la explican como una enfermedad constitucional y endógena, es decir, de causas meramente orgánicas. La psiquiatría cultural y social atribuyen su origen a experiencias infantiles que van predeterminando personalidades maníacas o depresivas hasta alcanzar niveles psicóticos. Posiblemente confluyan factores de uno y otro enfoque y no monocausales. Es importante señalar que esta enfermedad se presenta más frecuentemente en mujeres, aunque estadísticamente ha

ido descendiendo el porcentaje. Este índice apunta a causas culturales, debido a que los roles y la identidad de las mujeres están orientados hacia lo afectivo.

Las personas que padecen psicosis maníaco-depresiva corren riesgo en sus dos fases. En la fase eufórica pueden realizar actividades extenuantes y exponerse a grandes peligros para su seguridad física. Igualmente en la fase depresiva, pueden caer en profundas melancolías que les lleve hasta el suicidio. La necesidad primaria de las personas maníaco-depresivas es de afecto, una especie de adicción al amor. En la fase eufórica se pueden rodear de afecto, sin importar quién lo suministre; en la depresiva experimentan sentimientos de profundo abandono y culpabilización.

La depresión psicótica difiere de lo que usualmente llamamos depresión por su grado de profundidad. La persona que ha sufrido una separación afectiva puede deprimirse, pero sabe a quién llora. La depresión psicótica es un vacío total, donde no se sabe por quién se llora, excepto por sí mismo que no es querido. El síntoma depresivo llega a regresiones tan profundas (de la primera infancia), en donde todavía no se tenía claridad sobre qué es amar o ser amado. Ese vacío se compensa cíclicamente en la etapa eufórica, en la cual la persona incrementa su autoestima a niveles de omnipotencia narcisista, y su vida se vuelve un frenesí de actividades que alimentan ese

agrandamiento desmesurado del yo. La convivencia con una persona maníaco-depresiva es difícil por la labilidad afectiva. Esta psicosis, desde luego, requiere de tratamiento terapéutico y fármaco.

3.6 Las enfermedades psicosomáticas

A continuación se incluye un análisis psicosocial sobre una de las enfermedades psicosomáticas (el asma bronquial), que ofrece otro rasgo de la etiología psíquica en las enfermedades. Indudablemente el cuadro de las enfermedades con origen psicológico no es completo, este curso introductorio solamente describe aquellas más comunes. Frente al ritmo acelerado de vida actual, es muy posible que el factor psicológico esté presente en casi todas las enfermedades clínicamente identificadas, no sólo en la nosología o clasificación psiquiátrica.

El asma bronquial.¹ Es cuestionable la omnipotencia de la medicina moderna que reduce nuestro cuerpo a una máquina, la cual se guía por principios meramente físicos y universales. Al tratar los cuerpos como entes autónomos y “máquinas del mismo modelo”, la medicina se

¹ Las secciones sobre el asma bronquial, las consideraciones sobre las enfermedades psicosomáticas y la confluencia de factores psicosociales en la enfermedad, se fundamentan en *Las enfermedades psicosomáticas: el asma bronquial*, de Alexandra Hernández, Marinela Bonilla y Maika Bissinger. Ver bibliografía.

atribuye poseer todas las respuestas a cualquier trastorno de este sistema mecánico. Pero a pesar de afanosas investigaciones y soluciones cada vez más sofisticadas y asombrosas, pareciera que la medicina occidental actual no logra remediar las enfermedades con simples modificaciones funcionales. Los hospitales y consultorios siguen llenos y cada día aparecen nuevos malestares físicos, muchos de los cuales se convierten en crónicos y recurrentes. Eso indica que algo falla en el sistema propuesto por la medicina alopática. A lo mejor se ha perdido de vista al ser humano.

El enfoque psicossomático de las enfermedades rescata la unidad e interacción de mente y cuerpo. Compartimos su tesis de que lo emocional y lo orgánico se construyen en conjunto y que es imposible concebir un órgano fuera de las posibilidades de una emoción y viceversa. Es más, debemos reconocer también la importante y estrecha relación entre estos elementos y el entorno del sujeto, al tomar en cuenta la correlación de los procesos individuales con los sociales y culturales. Y aunque no tengamos muchos conocimientos del modelo de la medicina tradicional china, nos parece interesante la analogía con el microcosmos, dado que la misma permite vernos como parte de un gran sistema, cuyas unidades se influyen unas a otras. Esta visión holística nos enseña que estamos en armonía con los procesos familiares, sociales y planetarios.

Dentro de las enfermedades psicossomáticas existe un mal que aqueja a cien millones de personas en el mundo y que en Costa Rica se ha convertido en un grave problema de la salud pública: *el asma bronquial*. Nos interesa no sólo conocer esta enfermedad desde el punto de vista médico y estadístico, sino tratar de analizar el factor psico-somático que en ella influye. A pesar de que combatir el asma se ha vuelto en los últimos años un reto importante para la medicina costarricense y existen programas preventivos, nos parece que los esfuerzos se dirigen solamente hacia el control del padecimiento por modificaciones del entorno o uso adecuado de los medicamentos. Los documentos a los que tuvimos acceso nos indican que el campo de las emociones no ha sido explorado suficientemente, ni aprovechado para la prevención de esta enfermedad. Por esta razón, el objetivo principal de este análisis es tratar de esclarecer el significado del asma en un contexto cultural particular —Costa Rica—, para ensayar una aproximación sobre cómo las variables psicológicas de la enfermedad pudieran relacionarse con la idiosincrasia y los patrones educativos que prevalecen en el país.

3.6.1 Consideraciones sobre las enfermedades psicossomáticas

La enfermedad no puede ser vista como la simple aparición de un síntoma. Es, más bien, un estado del ser humano total y no sólo de sus

órganos o partes. El cuerpo no existe por sí solo ni el ser humano puede ser reducido a un simple conjunto de células, glándulas y órganos. Las funciones del cuerpo dependen también de las informaciones que le suministra la conciencia. Cuando todas las funciones del cuerpo se conjugan de manera armoniosa, podemos hablar de un estado de la salud. Enfermedad significa, entonces, la pérdida de esta armonía, un desequilibrio en un orden establecido. El cual se manifiesta en el cuerpo por medio de un síntoma físico. Pero nos preguntamos: ¿Es posible afirmar entonces que el cuerpo está enfermo?, ¿o lo será el ser humano?

Pregunta 9

¿Qué es una enfermedad psicosomática?

Sobre este tema existe un sinnúmero de posiciones, algunas sumamente radicales, cuya exposición excede el propósito de este análisis. Pero si dejamos aparte aquellos síntomas para los que se encuentra fácilmente una lógica explicación médica, siempre queda un número considerable de trastornos que representan un reto para el diagnóstico y tratamiento médico. Se trata de las *enfermedades psicosomáticas* o *somatizaciones*, “entendidas como experiencias y quejas de síntomas físicos para los cuales el médico no encuentra una causa orgánica”.²

² Caballero y Caballero; 1999: 293.

Estos síntomas sugieren un trastorno físico que no puede ser explicado de manera satisfactoria con ningún mecanismo fisiológico, por lo cual se presume que se asocia a factores psicológicos. Según estos autores, algunos de estos síntomas pueden entenderse como expresión de conflictos intrapsíquicos y otros como consecuencia directa del estrés. Todos ellos sustituyen al lenguaje verbal en la comunicación de las emociones. Además, se sostiene que “son utilizados por los y las pacientes para controlar a sus allegados y al ambiente”.³

Las enfermedades psico-somáticas más comunes, es decir, aquellas donde interactúan factores orgánicos y psicológicos, destacándose los últimos como determinantes, son: úlcera péptica, colitis ulcerosa, artritis reumatoidea, hipertensión arterial, hipertiroidismo, neurodermatitis y asma bronquial.

¿Qué pasa con el asma? Clínicamente el asma bronquial es una afección de las vías respiratorias inferiores. Se caracteriza por una respiración sibilante debido al estrechamiento de los bronquios y bronquiolos, que obstruye el paso del aire hacia los pulmones. Esta obstrucción la puede provocar un espasmo de la musculatura plana, una inflamación de las vías respiratorias y secreción excesiva de la mucosa. Durante los ataques del asma, entra y sale menos aire de los pulmones, las

³ *Op. cit.*, p. 296.

personas tosen y la pared torácica se siente apretada y oprimida. La crisis asmática es una experiencia especialmente traumática y casi siempre es vivida como premonitoria de la muerte.

En la lista de cuadros patológicos mencionados observamos que el asma bronquial es una de las enfermedades psicósomáticas más típicas. Según la psiquiatra Rosa Irene García, “a una especial tendencia somática o vulnerabilidad congénita del terreno pulmonar, sobre otros órganos, hay que sumarle uno o varios acontecimientos vitales que actúen como desencadenantes de la enfermedad”.⁴ Para ella, el asma bronquial, como casi todas las enfermedades, no es unicausal, y tienen que concurrir distintas circunstancias para que se produzca.

Estos acontecimientos vitales pueden actuar como factores estresantes que, consciente o inconscientemente, producen un sufrimiento psicológico, el cual además contribuye al mantenimiento de la enfermedad. La enfermedad es a su vez productora de sufrimientos psicológicos tales como el temor a una crisis, las molestias o los impedimentos físicos que genera. Este fenómeno es llamado por varios autores como el “psicomantenimiento psicológico”.⁵ Existen factores vitales que producen sufrimiento psicológico

que pueden desencadenar y mantener la enfermedad. Al mismo tiempo, el hecho de padecer la enfermedad supone un sufrimiento psicológico por sí mismo.

Nos preguntamos: ¿Cuáles podrían ser los “factores estresantes” que desencadenan esta enfermedad crónica? ¿Hasta dónde es posible establecer algún patrón que permita entender este padecimiento de manera más integral?

Detlefsen y Dahlke, psiquiatras alemanes, hacen una interesante interpretación del asma. Parten de la tesis de que la respiración es un acto de contracción (inspiración) y relajación (expiración) y su función central es un proceso de intercambio con el ambiente en que nos ubicamos. La importancia de la respiración reside justamente en este intercambio, pues obliga al ser humano mantener la unión entre lo ajeno y el yo. Afirman: “El aire que respiramos nos une a unos con otros, nos guste o no. La respiración tiene algo que ver con el contacto y relajación”.⁶

El pulmón es así nuestro mayor órgano de contacto, sobre todo si consideramos que su superficie interna es de unos setenta metros cuadrados, mientras que la de nuestra piel, con la que también nos relacionamos con el mundo exterior (pero de manera más explícita), no llega ni a dos metros cuadrados. El contacto

⁴ Rosa Irene García. *Reflexiones acerca de las enfermedades psicósomáticas*.

⁵ Gioconda Batres; 2002: 5.

⁶ Detlefsen y Dahlke; 1998: 141.

que establecemos con los pulmones es indirecto pero obligatorio. No podemos evitarlo, ni siquiera cuando una persona nos *inspira* tanta antipatía que no podemos *ni olerla*, ni cuando otra nos impresiona tanto que nos deja *sin aliento*. Pero existe una paralela entre la piel y los pulmones, al igual que se establece una relación directa entre el asma y las alergias. Ambas enfermedades corresponden al mismo tema: contacto, roce, relación e intercambio.

El asma puede provocarse experimentalmente en cualquier individuo, haciéndole inspirar gases irritantes, como amoníaco, por ejemplo. A partir de una determinada concentración del gas, en el individuo se produce una reacción de protección, mediante la coordinación de varios reflejos que llevan a un bloqueo para impedir la entrada a algo que viene de afuera. Ante un gas peligroso, este reflejo es saludable. Pero en un asmático, se produce con un estímulo mucho más débil y para otras personas completamente inofensivo. Se trata entonces de una estrategia defensiva masiva y exagerada frente al intercambio con el otro.

Defender equivale a rechazar. Y tanto el rechazo (cuyo disparador es el miedo, ya que sólo combatimos lo que tememos), como la defensa, denotan mucha agresividad. Se sostiene entonces que el asma, al igual que las alergias, es expresión de una actitud defensiva y agresiva que ha sido

reprimida y obligada a pasar al plano corporal. “El asmático no ha aprendido a articular debidamente su agresividad en la fase verbal, pero no puede dar salida a su agresividad con gritos y juramentos y se le queda dentro, en los pulmones”.⁷

¿Qué provoca tanta agresividad en la persona asmática? Si desciframos el lenguaje corporal de los síntomas de esta enfermedad, diríamos que la respiración es el símbolo de la vida y de la libertad. Con el primer aliento damos también el primer paso al mundo exterior al desprendernos de la unión simbiótica con la madre y nos hacemos autónomos e independientes. Cuando decimos que nos “falta el aire”, o “no puedo respirar” sentimos que “nos ahogamos”, o encontramos que una situación es “asfixiante”, generalmente se hace referencia a alguna circunstancia agobiante, falta de libertad y ansia de un espacio vital. Algo o alguien nos limita u oprime de manera tan poderosa que no encontramos salida a esta situación. Quizá sea por eso que la población más afectada por este mal son los niños y las niñas.

La confrontación con el afán de poder y dominio del otro que nos limita en nuestra libertad, en primera instancia provoca miedo e impotencia. Pero la impotencia también dispara la rabia que se ubica en los pulmones y nos corta la respiración. No la podemos expresar libremente, no nos lo permitimos.

⁷ *Ibid.*, p. 146.

Pero la enfermedad le ofrece a la persona asmática también una oportunidad de “desquitarse”, ésta se sirve de sus síntomas para ejercer el poder sobre su entorno. Los animales domésticos han de ser eliminados, no puede haber polvo en la casa, es prohibido fumar, entre otros. Con los ataques, aunque de manera autodestructiva, chantajea a sus allegados. Se hace llevar a la montaña o al mar para inhalar el aire puro. Pero al mismo tiempo, mientras más persiste la enfermedad, más se enfrenta a la sensación de insignificancia y desamparo. Según estos autores: “la aceptación y asimilación consciente de esta insignificancia debería ser la tarea obligada del asmático”.⁸ Además debe reconocer conscientemente su agresividad y valorar las posibilidades de exteriorizarla.

3.6.2 *Confluencia de factores psico-sociales en la enfermedad*

Partimos de la tesis que sociedad e individuo no son dos instancias separadas entre sí, sino que se influyen mutuamente. El colectivo está también en el seno de las conciencias individuales y la sociedad no es totalmente exterior a los individuos. Lo propio de la persona es ser sociable y socializado, es decir, es a la vez sujeto que aspira a comunicarse con sus semejantes y un miembro de una sociedad que existe previamente, que lo forma, lo controla de buen o mal grado.

⁸*Ibid.*

Nos parece, entonces, que ciertos fenómenos que en principio son individuales, como las enfermedades, pueden interpretarse también como fenómenos sociales. Diversas investigaciones sobre la anorexia y la bulimia consideran que éstas son signos de la sociedad moderna con sus exigencias y patrones de belleza. Asimismo, conocemos interpretaciones parecidas de otras enfermedades, tales como el SIDA, que son vistas como expresiones psico-somático-sociales de nuestra época.

Al considerar los altos índices de asma en Costa Rica⁹ y el significado social de la enfermedad, nos preguntamos ¿qué características tiene la sociedad costarricense que influyan en tal proliferación de este mal? La respuesta es un intento difícil —y bastante atrevido— por el hecho de establecer una analogía entre el significado de esta enfermedad y la idiosincrasia costarricense.

Según mencionamos, el asma tiene que ver con la evitación del contacto y el intercambio con otros, y con el manejo de las agresiones. El asmático no ha aprendido a articular debidamente su agresividad en la fase verbal. Su represión lo enferma y al mismo tiempo utiliza la enfermedad para dominar su entorno.

⁹ De acuerdo a estudios realizados a escala mundial, Costa Rica es una de las diez naciones del mundo con mayor prevalencia de asma. Esta enfermedad afecta a la tercera parte de la población menor de diecisiete años; causa tres veces más ausentismo escolar que otras enfermedades; y se calcula que entre 10% y 15% de los adultos la padecen.

Los patrones educativos costarricenses se asientan en una cultura de no confrontación muy arraigada en la identidad nacional que, aunque hoy se debate como un sueño obsoleto y poco real, no deja de ser un estereotipo del cual es difícil liberarse. En su libro *El Costarricense*, Constantino Láscaris afirma que “el costarricense ha desarrollado una colectividad sociopolítica sobre las bases de la libertad individual”.¹⁰ Sostiene que el paisaje tan quebrado que caracteriza al Valle Central ha creado una población aislada que aspira a la calma y quietud, y por lo tanto es taciturna, pacífica, desconfiada y respetuosa. Otros autores sostienen que el aislamiento colonial de Costa Rica engendró el individualismo y una población tímida.

La identidad nacional se forma entonces alrededor de algunos postulados que, a pesar de no ser realmente ciertos, quedan arraigados en las representaciones que tenemos sobre la nacionalidad, como imaginario idealizado del “deber ser” costarricense. El primero, el individualismo por determinismo geográfico nos hace desconfiar de los extraños y no mezclarnos con “los otros”; por eso nuestro entorno inmediato, la familia, se convierte en un único espacio de protección. Pero esta protección tiene un costo muy alto. Allí rigen reglas de autoridad bastante severas contra las cuales es imposible

rebelarnos. El respeto frente a la autoridad adulta es un valor que por ningún motivo puede ser cuestionado y mucho menos quebrantado. Y si agregamos a esto el carácter endogámico de la familia costarricense, queda claro que el espacio vital de los sujetos dependientes se ve limitado por mucho tiempo.

Otro postulado es el que Alexander Jiménez Matarrita llama “el imaginario ladino”¹¹, en referencia a la convicción generalizada —y tan errónea— de que toda la población costarricense es blanca y la más blanca de Centroamérica. Además, que toda la población estaba compuesta de campesinos pobres y no había diferencias étnicas ni sociales entre ellos, lo cual forjó valores políticos tales como la “igualdad social” y la “democracia”. Citado por Sandoval, Rodrigo Facio afirmaba que “todos los ticos, en general, eran propietarios de tierra, y la falta de una división pronunciada del trabajo social había hecho imposible la formación de intereses contrapuestos entre ellos”.¹² El hecho de ser “todos iguales” permitió que el estado costarricense pudiera formarse de manera menos violenta y desigual que los otros estados centroamericanos. De ahí, las palabras “paz” y “neutralidad” surgieron como conceptos claves en el imaginario costarricense.

¹⁰ Sandoval; 2002: 121.

¹¹ Jiménez Matarrita; 2002: 106.

¹² *Op. cit.*, p. 116.

Pareciera entonces que en este país “único”, donde todos son iguales y conviven pacíficamente, respetando la libertad individual del otro semejante, no tienen cabida sentimientos como enojo o rechazo. La agresividad no puede ser vivida abiertamente y no forma parte de su cultura pacífica. Sin embargo, no se puede negar la agresividad como parte de la naturaleza humana. ¿Cómo se maneja entonces?, ¿qué formas existen para expresarla?, ¿qué sucede con el individualismo introyectado y el deber ser pacífico al entrar en contacto (y en conflicto) con el otro o la otra?

Basta revisar los postulados de nuestra educación para darnos cuenta de que el intercambio con la otredad y las diferencias causan angustia. Nos parece que reprimir la agresividad como algo inaceptado socialmente puede conducir a una enfermedad y que no es tan “descabellado” pensar que el asma es un indicador para esta tesis. La agresividad bloqueada y no exteriorizada suele dirigirse hacia adentro. Pareciera que en el instrumentario de la sociedad no encontramos otras maneras menos auto-destructivas que ahogarnos a nosotros mismos con la rabia. De esta manera, las manifestaciones agresivas regresan al plano corporal y nos “quedamos sin respiración del disgusto”. Pero además, esta enfermedad ofrece otra oportunidad de exteriorizar los sentimientos agresivos. El asmático se sirve de sus síntomas para ejercer el poder sobre su entorno

y para dominarlo. De esta manera, puede liberar un poco la carga que lo afecta.

Pregunta 10

¿Qué enfoque de enfermedad aporta este trabajo?

En nuestra opinión, además de un tratamiento médico, los casos de asma deberían ser acompañados de atención psicoterapéutica que permitiera a la persona enferma reflexionar sobre su estado emocional, su entorno familiar y el manejo de la enfermedad. Nos parece importante atender los casos de manera integral, dado que generar una mejor calidad de vida para las personas asmáticas no es el campo exclusivo de la medicina. Estamos convencidas que si se dejara de reducir al ser humano solamente a su cuerpo, respiraríamos mejor.

3.7 Salud mental

Luego de haber hecho un recorrido por la dinámica psíquica y algunos de los trastornos emocionales, concluimos esta unidad sintetizando un enfoque de lo que es salud mental o emocional.

Existe una crítica repetida que se hace a la psicología en el sentido de que ésta se enfoca principalmente en la psicología “anormal” y no tanto en la “normal”. La crítica es válida porque la gran producción investigativa y literaria versa sobre las enfermedades

y su tratamiento. Esa tendencia debe tener su explicación en que la psicología como tal se originó dentro de la profesión médica. Los primeros psicólogos fueron antes médicos. Posteriormente aparecieron aportes desde la sociología y la antropología cultural, con enfoques psicológicos más conectados con el contexto socio-familiar. Por esa razón la nosología clínica, esto es, la descripción, diferenciación y clasificación de las enfermedades, es la visión que prevalece en las lecturas incluidas en este módulo, sin desechar la dinámica psico-orgánica de los fenómenos humanos.

Ultimamente han proliferado libros divulgativos sobre temas psicológicos, que ni siquiera son ubicados en las librerías dentro de la rama de la psicología, sino en la sección de textos de auto-ayuda. Indudablemente para muchas personas su lectura puede ser de gran ayuda, pero ha habido simplificaciones sobre temas que exigen mayor profundización y respaldo científico.

Esta Unidad ha expuesto los problemas psicológicos que ocurren y la dinámica psíquica que los genera. Las restantes tienen un enfoque orientado a la psicología de la vida cotidiana. Se hace ahora necesario volver a lo que es el fin último de la Psicología como ciencia: la salud mental.

La salud mental es una meta a alcanzar a lo largo de la vida. El enfrentar

problemas no elimina la posibilidad de tener salud mental, pues lo que conocemos como “enfermedad”, en determinadas circunstancias podría ser una respuesta “saludable” al medio enfermante. Hemos presentado en esta unidad este concepto contextual de “normalidad”. La normalidad no es necesariamente el ajuste a la realidad, ni la salud es la ausencia absoluta de “desvíos” de la norma (entendida como el comportamiento esperado).

Desde esta perspectiva plantearemos algunos indicadores de comportamiento que podrían definir la salud mental en una persona:

1. Sentirse real, vivo, con una sustancialidad física. Las personas con graves problemas psicológicos, pueden experimentar despegarse de su cuerpo o la sensación de desaparecer, de no ser tangibles.
2. Sentirse diferenciado del resto de personas, no sólo física, sino afectivamente, en el sentido de tener criterios propios, saber cómo siente y piensa individualmente y no como quien solamente reproduce opiniones, sentimientos y pensamientos de otra persona.
3. Vivir en continuidad en el tiempo. Tener certeza de sus orígenes, la gestación de su historia personal, sin quedarse suspendido en pasados dolorosos o edades seguras.

4. Tener capacidad de aprehender la realidad tal cual es, lo cual le permite actuar con autenticidad en el contexto y no desubicadamente.

posea un valor propio, que cuente con recursos internos que le den seguridad y un proyecto de vida personal.
5. Comportarse de una manera integral y coherente, de modo que el comportamiento corresponda al pensamiento, asumiendo las contradicciones que inesperadamente surgen en el diario vivir.
6. Tener disposición para el cambio personal, como producto de la reflexión interior, frente a las demás personas que le reflejan conductas y le promueven nuevas actitudes o formas de relacionamiento.
7. Tener conciencia crítica frente a la realidad circundante, ir tomando posiciones según los signos de los tiempos, al contextualizar las experiencias y adecuar los pensamientos a la evolución de los acontecimientos personales, familiares y sociales.
8. Tener potencial para relaciones afectivas satisfactorias, en las cuales pueda vincularse con compromiso y certeza interna, pero al mismo tiempo, saber desvincularse cuando la relación le impida crecer creativamente como persona plena.
9. Apropiarse de su autonomía y cultivarla, incluso dentro de las relaciones afectivas, de manera que

10. Tener capacidad para desenajenar el cuerpo, para desinhibir lo reprimido, con disposición para el placer y para la cercanía corporal de otras personas.

11. Saber planificar el tiempo y el espacio, de forma que alcance los logros propuestos; administrar sabiamente la energía corporal y los recursos materiales, aprovechar las oportunidades y equilibrar los deberes y los placeres.

12. Capacidad para crecer ante situaciones adversas, haciendo uso de las potencialidades recibidas, ejercitando una fe creadora en Dios y en sí mismo o misma, para así trascender aquello que en primera instancia parece aplastante.

Los indicadores de salud mental antes enunciados representan un ideal a alcanzar, cual horizonte utópico de la plenitud humana. Construir y cuidar la salud mental es un ejercicio constante que se hace a lo largo de la vida. La salud mental no es ausencia de problemas, desafíos, conflictos, renunciaciones, contradicciones y retrocesos. Estos son parte de una práctica psicológica que nos permite crecer. De acuerdo a sus propias capacidades, las circunstancias que se van sucediendo,

la edad, el género, la clase social y los patrones culturales, cada persona estructura una vida que busca ser armoniosa. A veces lo logra plenamente, otras parcialmente, a veces de manera muy limitada; pero el derrotero siempre es la búsqueda del equilibrio que produce bienestar y paz.