

Luis Raimundo
GUERRA CID

2^a edición

TRATADO DE LA
INSOPORTABILIDAD

la envidia y otras “virtudes” humanas

Serendipit

DESCLÉE DE BROUWER

**TRATADO DE LA
INSOPORTABILIDAD, LA ENVIDIA
Y OTRAS “VIRTUDES” HUMANAS**



Luis Raimundo Guerra Cid

97

**TRATADO DE LA
INSOPORTABILIDAD, LA ENVIDIA
Y OTRAS “VIRTUDES” HUMANAS**

Prólogo de Luis Cencillo

Crecimiento personal
C O L E C C I Ó N

Serendipit 

Desclée De Brouwer 

1ª edición: abril 2004

2ª edición: marzo 2007

Diseño de colección: Luis Alonso

© Luis Raimundo Guerra Cid, 2004

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2004

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-1867-0

Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla

ÍNDICE

Agradecimientos	11
Prólogo para bienpensantes por el Dr. Luis Cencillo	13
Introducción	21
1. Los mecanismos de defensa y la insoportabilidad	25
1. <i>¿Qué son los mecanismos de defensa?</i>	25
2. <i>Los mecanismos de defensa y los afectos</i>	29
3. <i>Descripción de los principales mecanismos de defensa</i>	29
2. La envidia y los celos	55
1. <i>Envidia e ingratitud</i>	55
2. <i>Celos, rivalidad fraterna y complejo de Edipo</i>	61
3. <i>“Si le envidio es por culpa suya”</i>	66
3. El odio	71
1. <i>Odio y fragilidad</i>	71
2. <i>“Nunca lo he odiado, sino que lo quiero”</i>	75
4. El narcisismo	81
1. <i>¿Qué es el narcisismo?</i>	81
2. <i>El narcisismo dañado: el complejo de inferioridad (Adler)</i> ..	83
3. <i>Carácter, plan de vida y estilo de vida</i>	88
4. <i>Narcisismo e imagen del cuerpo</i>	91
5. <i>Insoportabilidad y destructividad del narcisista patológico</i> ..	95

5. La insoportabilidad del alcoholismo y otras drogodependencias	103
1. <i>La personalidad del drogodependiente</i>	103
2. <i>“Sufro y sufres mientras me drogo”</i>	111
3. <i>“Yo no soy alcohólico, bebo para relacionarme”</i>	113
4. <i>El alcoholismo en España</i>	114
5. <i>Drogas de síntesis</i>	116
6. <i>Alucinógenos</i>	119
7. <i>Otras sustancias</i>	120
6. El enfermo con poder	123
1. <i>“Cuanto más me enfermo, más importancia tengo”</i>	123
2. <i>“Mientras me enfermo, ¡qué poca responsabilidad tengo!”</i>	126
3. <i>Conversión y psicósomática</i>	128
7. Consecuencias de las virtudes humanas: la depresión	133
1. <i>¿Qué es la depresión?</i>	133
2. <i>“Tanto deseo ser feliz que soy alguien terriblemente triste”</i>	136
3. <i>La felicidad y el dolor</i>	141
4. <i>Hacia una búsqueda de soluciones</i>	145
8. Consecuencias de las virtudes humanas: el estrés y procesos afines	147
1. <i>¿En que consiste el estrés?</i>	147
2. <i>Quemados y amargados</i>	151
3. <i>“Me han dicho que me relaje, pero eso me pone más nervioso”</i>	154
9. Consecuencias de las virtudes humanas: la enfermedad psicósomática	163
1. <i>Enfermar con el sufrimiento</i>	163
2. <i>Soma y psique: antropología médica y medicina psicósomática</i>	164
3. <i>“Callo tanto mis males que por algún sitio tengo que reventar”</i>	173
4. <i>Carácter y cáncer, la personalidad del paciente oncológico</i>	175
5. <i>Otros tipos de personalidades psicósomáticas</i>	182



ÍNDICE

10. Consecuencias de las <i>virtudes</i> humanas: el acoso moral	191
1. <i>¿En qué consiste el acoso moral?</i>	191
2. <i>Conceptos afines al acoso moral</i>	192
3. <i>Acosando en la intimidad</i>	197
4. <i>Consecuencias del acoso moral</i>	203
11. Epílogo. Cómo recuperarse de las <i>virtudes</i> humanas: la importancia de la psicoterapia	207
1. <i>“Tengo tanto miedo que, para no hacer psicoterapia, mil excusas invento”</i>	207
2. <i>La importancia de la psicoterapia psicoanalítica</i>	211
Glosario de términos	219
Bibliografía	225



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, y por congruencia con los contenidos de este libro, agradezco a todos los envidiosos, odiosos e insoportables con los que mis pacientes, amigos, familiares –y yo mismo– nos hemos topado y a los que hemos tenido que sufrir. Con su deleznable ejemplo, he aprendido y trato humildemente de enseñar qué es lo que bajo ningún concepto se debe hacer, y cuán fácil es adoptar estas determinaciones patológicas. A ellos les agradezco la estimulación y parte del material para escribir la presente obra.

En realidad, este primer agradecimiento no tiene comparación con los que a continuación vienen. Es el caso de dos personas que han contribuido –y con mucho– con sus opiniones y revisiones a que este texto tuviera un estilo fácilmente inteligible y más directo para el lector. Silvia Jiménez y Fernando Aulés tienen la “*culpa*” de ello.

Como es de bien nacidos ser agradecido, muestro mi gratitud –como siempre lo he hecho– al profesor Cencillo; pero esta vez no sólo por su apoyo y sus enseñanzas, sino por su calidad humana y por la ayuda que me ha brindado en diversas facetas de mi vida, no sólo en lo académico.

También me gustaría agradecer a otros profesores su asistencia y los conocimientos prestados: Vicente Ortiz, Giner Abati, Héctor Lahitte, J. María Herce y M^a José Fernández.



Asimismo, nombrar y agradecer a Ángeles Ortiz su labor y dedicación para conmigo. Este libro es la continuación simbólica de aquella tarea que conjuntamente realizamos en los años 90. Gracias por tu prestancia y apoyo.

Por supuesto, dedico este libro a mis familiares, amigos y amigas que tanto me apoyan; sobre todo, por escuchar con suma atención y sin oposición defensiva –especialmente cuando me enfado– toda la retahíla de teorías y planteamientos, que tengo por costumbre hacer. A Isabel y Luis que son los que más las han oído. Además de a Patricia y Feli, también le dedico este libro a Celedonio, Silvia y Nadia; al triunvirato leonés: Pablo, Javi y David. Y, por supuesto, a la sección maña: Yoli, Manuel, Javier, Pilar, Mónica y Víctor.

Gracias a usted, lector, por haber optado por la lectura de este libro, y unirse a la ciencia de la sospecha que indica en sus preceptos que las cosas no son, a menudo, lo que parecen.



PRÓLOGO PARA BIENPENSANTES

por el Dr. Luis Cencillo

El mundo real consta de un juego especular –que diría Lacan– de apariencias reflejadas unas en otras y de montajes apoyados en otros montajes. Es el tema de fondo de *Los Intereses Creados* del ya menos recordado J. Benavente.

Nada es lo que parece, por más y por menos: lo que mucho aparece es –en esa línea– menos de lo que parece y hay cosas, hechos y situaciones que parecen insignificantes, pero ocultamente implican mucho más.

Es, en el fondo, la moraleja de *Le Lion et le rat* de La Fontaine: “*On a besoin parfois d’un plus petit que soi*” (“A veces hay necesidad de alguien más pequeño que uno”), elevada a tesis universal por Hegel en las *relaciones amo/siervo...* ¡Y tanta necesidad hay, que en la dialéctica de la historia el *más pequeño* llega a dominar y a cambiar las relaciones sociales!

Se intuye que las cosas, los hechos, las relaciones y la mayoría de los valores no son como se les presenta, pero no se sabe qué son ni cómo, y se lucha por *descifrar* aquello que se ha dado en llamar *lo dado* (Rorty).

Por eso, se originó la *filosofía*: una tarea sobrehumana y urgente, camuflada tras un nombre manierista, por no decir *amanerado*.



Y es que antiguamente, cuanto más emotiva y enigmática era una denominación, más prestigio daba a la tarea o a su objeto, a diferencia de hoy, en que los nombres han de ser secos y duros: *equística*, *edafología*, *microbiología* o *análisis* (financiero o del otro...).

La realidad total es *la verdad misma fragmentada en apariencias de mentira*. Es decir, que la realidad y la verdad se nos van dando en minúsculas dosis de apariencia falaz y engañosa. Sólo al terminar el puzzle, se comprende lo que cada informe pieza significaba; pero cada una de por sí es una deformidad y parece un absurdo.

Los ingenuos suelen sucumbir porque se fían de lo que la aparente y provisoria realidad, personas, cosas y empresas ofrecen. Y nadie ni nada se muestra –ni puede mostrarse– *en su verdad*.

Se dice que *la cuerda se rompe por lo más débil* y lo más débil es una mente afectivamente abierta –y sin defensas– al discurso ajeno tenido por válido y veraz, y, por lo tanto, expuesta sin remedio a la *mentira del otro*...

Nada es nunca verdad del todo, sino, a lo sumo, *contextualizado* en conjuntos más amplios. Y todo encierra su verdad parcial, inclusive lo que es –o parece– *mentira*.

Por eso, precisamente, se inventó *la Ciencia* –que tampoco es *La Ciencia*, sino *las ciencias*, una serie de modestas disciplinas creadas por sus propios métodos para medir y controlar minúsculas parcelas de universo; –al fin y al cabo un invento– en principio como aspiración universal a conocer *lo verdadero*, y ahora (epocal y posmodernamente desengañados ya del todo), como juego especular también de modelos convencionalmente contruidos.

¡También los científicos han renunciado a la verdad y se contentan con sus creaciones matemáticas conforme a unas reglas vigentes y reconocidas por todos en sus colectivos respectivos y por un tiempo no muy dilatado, en tanto la vigencia dura!

Cuando un colectivo de científicos deja de tener por válidas unas reglas o unos postulados, éstos dejan automáticamente de generar o de gozar de atribuciones de valores de verdad.



También los filósofos neopositivistas pretendieron dotar a la filosofía de modelos precisos y ciertos, pero, fuera de establecer diferentes sistemas de reglas de garantía de los *valores de verdad* –abstracta y convencional– de un enunciado, *no dieron un solo paso* creativo, y aquella *verdad* nunca decía nada a la mente: no la enriquecía con conocimientos nuevos.

Todo se les volvía *hablar del rigor*, pero no parecían saber acerca de qué iban a usar de su rigor, ni a dónde llegar. Y es que, sin advertirlo, partían de unas nociones de *lenguaje* y de *significación* realmente *falsas*: las muy alambicadas exiguas y exangües nociones de la Escuela de Viena.

Siempre que se ha tratado de someter la verdad o la realidad de algo, en sí misma, a convenio democrático, a *concertación* y *consenso* –como impropia y malamente se ha dado en decir hoy– se han obtenido decepcionantes abstracciones exangües y exiguas.

La *verdad* ha de brotar salvajemente de una personalidad vigorosa y creativa cuya vigencia impone, y no se puede obtener como media proporcional de acuerdos y coincidencias de una serie de mediocridades que *convienen* en lo que sea verdad.

La filosofía no es susceptible de tales procedimientos porque no es una ciencia, sino *matriz de todas las posibles ciencias* del futuro. Y ha de enfrentarse con las realidades puras y salvajes, y dejarse dirigir la palabra por ellas, en lugar de imponerles sus prefabricados modelos. Todo lo que las subjetividades como colectivo o como mediocridad individual urden e imponen a lo real e inmediato, suele ser *mentira* (salvo en esos casos excepcionales de un genio creador que lo mismo que intuye y conceptualmente plasma en sí mismo ya es *verdad*)...

Lo peor es cuando esto mismo sucede con la identidad, el rol social, las cualidades personales y la sinceridad consigo mismo. Lamentablemente se cotiza más *el parecer que el ser*.

A ello se debe la creación literaria de la fábula (Esopo, Samaniego, Iriarte, La Fontaine y –entre medias– islámicos, persas e hindúes). Lo básico y propio de las fábulas no es que se presente a los animales



como personajes, sino precisamente que se enuncien virtudes aparentes y *reales paradojas* del comportamiento social *disfrazado de ética*.

La ética y la moral pueden llegar a convertirse en el gran disfraz de las pulsiones, apegos y apetencias humanas subjetivas. Por eso han quedado tan desprestigiadas. El *tartuffismo* ha estado siempre a la orden del día y ahora, –que tanto se presume de no-hipocresía– más aún. De ahí que Marsillach supiera sacar de él una opción exitosa.

Luis Raimundo Guerra, después de tres serias obras dedicadas a la terapia, ha tenido la *trascendental humorada* de desarrollar un discurso psicológico, pero en el mismo sentido irónico de las paradójicas fábulas –aunque sin animales–. Y esto resulta grato y a la vez profundo; abisal, casi.

Hay que desenmascarar las paradojas de la *virtud*. Esto lo han hecho muchos autores literarios en el Barroco, sobre todo De Mandeville en *The Fabel of the Bees*, y todavía a comienzos del siglo XX, Fernández Flórez, con *Las siete Columnas*, pero no lo había hecho ningún psicólogo *bien informado*.

Guerra Cid se ha atrevido como psicólogo *bien informado* y lúcido, y no como fabulista, a *descubrir la trama emocional interesada de las relaciones humanas* y sus efectos destructivos. Existimos en una jungla en la que las más aparentes virtudes resultan ser telas de araña interpuestas hábilmente en nuestro camino...o en el ajeno.

Conscientemente pretendemos lo mejor, pero hay un *sistema impersonal y colectivamente manipulativo* que nadie controla, pero que funciona férreamente y lo estropea todo. El llamado *Mal* no ha de ser necesariamente una intención personalizable: simplemente resulta sin remedio posible de la *mecánica automática de intereses y procesos estocásticos*, como muy lúcidamente ha mostrado recientemente Luhmann.

Se habrá encontrado a veces perplejo ante la paradójica y decepcionante marcha de las cosas mejor planificadas. Y de cómo, por parte de los estamentos y planes más serios, todo parece resultar al revés de lo prometido, lo propuesto y lo pertinente.



Esto fomenta las paranoias y hace suponer manejos estratégicos de sujetos inteligentísimos y completamente ocultos detrás de todos los procesos importantes que suceden en el mundo.

Probablemente no hay tales. Solo hay *sistemas de interacción de tendencias inconscientes* humanas, y *fijaciones* infantilmente arbitrarias y pegajosas, querencias y apetencias de algunos líderes políticos o empresarios neuróticos, cuyos infantiles residuos emergen en el mejor momento para estropearlo todo...

No se si sabrá que hay neurosis que garantizan éxitos fulgurantes, pues cuanto más desajustado está el sujeto, más engancha, más promete, más moviliza y más persuade, pero cuando se ha hecho con el Poder o simplemente *toca poder*, parece convertirse en un enemigo público, que obstruye o destruye todo cuando le compete.

Por eso, tras las grandes autocracias se sigue un periodo de caos o de asfixia, pues el sistema de vías de drenaje y de canalización de la praxis fue, cuando menos, desbaratado por la irrealidad maníaca del autócrata (si no destruido o puesto fuera de juego). Según la expresión de Arbuckle en *Out of Chaos*: el *caos calcificado* que paraliza las instituciones, si se deja pasar el tiempo en tal negación del caos subsiguiente.

El Dr. Guerra Cid, como buen psicoterapeuta, se fija preferentemente en las *insoportabilidades* personales y ajenas que equivalen a depresión, estrés, acoso moral o trastornos psicósomáticos, pero hay algo aún peor: lo correspondiente a esto, más colectivamente vivido por grupos institucionalmente constreñidos a permanecer iguales a sí mismos, cuando la vida y la historia exigirían (exigen) evolucionar y abrirse.

La gente situada –sobre todo cuando forma colectividad o grupo estructurado: lo habrá comprobado hartas veces en su larga o todavía corta vida– tiene miedo a abrirse a nuevas soluciones (una vez comprueba que ha llegado a un *impasse* histórico), y desarrolla sistemas de resistencias que vienen a coincidir en los rasgos de *más de lo mismo*, *caza de brujas* y *restauracionismo* o regresión a sistemas de símbolos y a lenguajes caducados.



Como decía Demóstenes a los atenienses –sumidos en el caos de no tener ya horizonte histórico y de hallarse bajo la amenaza de Filipo de Macedonia– “Os parecéis a los malos púgiles que se llevan el puño a donde les acaban de golpear y no previenen el próximo trauma”. ¡Así está Occidente hoy!

Falta creatividad y audacia para romper con lo gastado y, sobre todo, con *lo injusto*. Y unos a otros nos hacemos la vida imposible en las familias, las instituciones y la sociedad con envidias, celos, narcisismo y apetencias (de poder, por supuesto, para lograr más fácilmente hacerles la vida más invivible a los demás).

Consecuencia generalizada: el *malestar de nuestra cultura* se ha incrementado mucho más que el incipiente malestar que descubría Freud hacia 1930.

Entonces, Europa era como una familia sin metacomunicación acerca de sus pautas de interacción. Ahora, hace ya casi treinta años, nos hemos *metacomunicado*, pero nos empeñamos en no salir del caos producido por ello (como en *El Ángel exterminador* de Buñuel).

Torpemente, unos quieren restaurar; otros, evadirse; otros, acabar de destruirlo todo; otros, destruir solo a los imaginarios culpables de todo; y otros, finalmente, hacerse pragmáticos y centrarse en el lucro y el poder.

Pero un poder *para nada*.

El poder del dictador que ofrece seguridades inamovibles a cambio de más alienación y de más completa renuncia a la libertad.

A la libertad se la teme y mucho, e inconscientemente se la trata de simbolizar, pero en realidad se la parodia en los medios de masas con agitación corporal a modo de *rap*, de contorsiones y de grititos...; y esta tonta simbolización de la libertad se debe a que también se da la paradoja de que *no sabemos para qué la queremos, ni qué es...*

Ser libre supone conocerse íntimamente: tener una firme *identidad asumida*, para bien y para mal. Y esto es precisamente lo que nos falta, pero éste es –por suerte– el final y meta de toda terapia.



Se va al terapeuta no para que *desreprima* ni para que inoctrine subrepticamente y que, so capa de caída de tabúes (o *crítica de valores burgueses*), nos deje *desmantelados* de formaciones de apoyo ético o social, sino para que se constituya transferencialmente en soporte especular (es decir, reflectante de *todo lo real* que acertemos a reflejar y a proyectar en él) para la *búsqueda y encuentro con uno mismo*.

Terapia (gr. *cuidado, asistencia, incluso servicio doméstico: therapeúo* " idgr. *dher*. "sostener, de donde también deriva el lat. *trabes: viga maestra*) es atreverse a *depositar los contenidos inhibidores, impeditivos o distorsionantes de afectos y de valores* (por mal asimilados, sesgados o calcificados) *en alguien de confianza que sabemos no va a manipularnos (transferencia), sino a reflejar nuestra imagen ya objetivamente elaborada*.

Nuestro bien es la *objetividad* a toda costa, sin escotomas, proyecciones ni ficciones narcisistas.

¡Qué difícil es esto!, ¿verdad?

Pero más difícil aún es ser socialmente objetivos y no creerse nada de cuanto la sociedad "monta" para nuestra explotación. Y esto sin caer en los absolutos desmitificadores de los "maestros de la sospecha".

Estos se pasaron de pillos y generaron un desencanto en cadena de la densa y estimulante realidad del mundo (fueron tal vez los últimos predicadores desengañados, aunque secularizados, de la ya remota, pero subterráneamente activa, Edad Media). Nosotros tenemos que ser equilibradamente veraces y *no excedernos ni en el desencanto ni en la negación maníaca* del sistema de mal que nos paraliza.

¡Imagine usted donde quedan ya, relegadas a su siglo XX, las ideologías libertarias y psicoanalíticas generadas por aquellos Maestros de la Sospecha, que como aprendices de brujo todavía no supieron ser objetivos con la mentira!

Pusieron en marcha procesos desintegradores que no supieron canalizar. Por ejemplo, uno terminaría en el leninismo, otro en los delirios del III Reich, otro en las dictaduras elitistas de la Moral de los Señores (ideología alemana) y de la Voluntad de Poder, otro en "el Hombre" como arbitraria fuente de todo valor..



Aquí estaba lo difícil. Desmontar las tremendas *mentiras* de entonces y no cargarse irresponsablemente las *verdades*. Sino saber *quedarse en el filo de la navaja* de lo justamente *objetivo*, no tan ilusionante como las mentiras, pero tan liberador como su desmontaje. El producto del desmontaje o deconstrucción no es ya automáticamente la verdad, puede quedar todo en mera destrucción.

Sinceramente, no sé si la *deconstrucción* postmoderna, lo está ya consiguiendo. Me temo que no.

Un ejemplo de insensatez inobjetiva: todos saben que los *famosos* carecen de cualidades reales para serlo y, sin embargo, se les mantiene en el podio (y cuanto más muestras de carencias presentan, más se les encumbra). ¡Y hasta los medios los fabrican en serie y nutren sus programas en las horas de mayor audiencia con los trapicheos de su famoso-fantasma!

Esto no es *deconstrucción*, sino regresión a los *idola fori* de eras anteriores, que ya desenmascaró F. Bacon, en el siglo XVI, sin demasiados resultados por lo visto, pues el Barroco que entonces comenzaba siguió siendo todo él bambalinas y *trompe-l'oeil* social. Y todavía nos estamos resintiendo de aquel carnaval veneciano de roles cambiados...

A los ciudadanos que pagan sus impuestos *les va la marcha* y en el fondo les gusta que se les embauque. Pero a los psicólogos no nos gusta nada esto (al menos no debería gustarnos). Y, por eso, soñamos con una acción psicológica objetivadora y transparente, que vaya mucho más allá de las comprobaciones estadísticas de los conductuales y de las inferencias míticas –prefabricadas por cada escuela– de los ortodoxos.

Luis Cencillo

Madrid, 6 de enero de 2003



INTRODUCCIÓN

Estimado lector, ¿le importa que le haga unas preguntas?

¿De vez en cuando o a menudo se siente deprimido, quizá ansioso? ¿Hay momentos en los que se cree incomprendido y no encuentra rumbo en su vida? ¿O está usted simplemente estresado, como se suele decir? Si es así, no se preocupe. Es usted una persona que al menos tiene la capacidad de percibir su malestar. Está aquejado de un mal que afecta al 100% de los seres humanos, es decir, es usted un neurótico. Aunque suene grave no se inquiete excesivamente ya que todos lo somos. La diferencia estriba en que unos lo son más que otros y en que cuando es neurótico en exceso, las dificultades personales y para los otros son mayores.

Ahora entremos en otro punto. ¿Es usted neurótico porque es un poco insoportable a veces consigo mismo y con los demás –eso es bastante probable– o es usted neurótico porque realmente le rodea una parte de gente que es insoportable –eso también es bastante probable? Lo que parece cierto es que el hombre, desde que es hombre y ha dejado de ser un homínido irracional, ha descubierto y sigue redescubriendo mil y una maneras de comportarse de modo insoportable con él mismo y con los demás.



Esta insoportabilidad depende, en sus hechos, de los distintos caracteres de las personas, de esa forma de ser peculiar de cada uno. Por ejemplo, un congénere puede ser insoportable por su crudo sadismo, o por su ilimitada oralidad –es decir, alguien que siempre está tratando de chupar de usted–, o por su envidia generalizada de factores varios y vertientes de los demás o de usted; motivos por lo que pueden –o tratan de– hacerle la vida imposible. Éstas son sólo algunas de las formas en las que se nos deja entrever la insoportabilidad humana.

Puede que, así de golpe, estas palabras le resulten duras e incluso hayan molestado, pero este libro no pretende faltar el respeto a nadie, sino abrir un poco las miras acerca de muchas cuestiones acacidas en el ser humano y que se traslucen en la sociedad actual. Así se ve que no es todo tan bonito como a veces algunos lo pintan y que ciertas tesis que filósofos, como J. J. Rousseau, preconizaban acerca de la bondad natural del hombre son cuanto menos discutibles.

Para este propósito –marcado de exposición de sentimientos y actitudes menos agradables del ser humano–, acudiré fundamentalmente a contenidos, lo menos cargados de tecnicismos posible, de las diferentes tesis de diversas Ciencias Humanas, haciendo especial hincapié en la Antropología Social, la Sociología y, sobre todo, en la Psicología Psicoanalítica.

Esta última disciplina –el Psicoanálisis– en ocasiones no es muy aceptada en algunos sectores que se denominan científicos. Cuando cursaba cuarto de Psicología, el profesor de Psicología Dinámica, el Dr. Ortiz, preguntó a la clase por qué tantos profesionales y estudiantes, además de la gente en general, se defendían y criticaban tan crudamente al Psicoanálisis. Sin pensármelo dos veces le contesté “porque les implica”. “Porque implica, así es” respondió. Ciertamente, muchos de los contenidos que se enuncian en las diversas teorías psicoanalíticas van donde más les duele a algunos y por eso automáticamente las repudian.

Poco después de acabar mi licenciatura, releendo las obras de Freud, encontré en cartas que enviaba a sus colegas, en el año 1896, amargas quejas acerca de la situación en la que se encontraba a par-



tir de los descubrimientos que él hacía: “En general estoy bastante satisfecho de mis progresos: pero se me hostiliza tanto y vivo tan aislado como si hubiese descubierto las más grandes verdades” (O.C. III¹, p. 3543). “A mi alrededor todos me vuelven la espalda” (O.C. III, p. 3454). Los datos proporcionados por sus estudios y descubrimientos clínicos aportaban referencias acerca de la naturaleza humana que no eran precisamente ideales para las expectativas morales de entonces.

Las cosas no han cambiado mucho después de cien años. El entorno se resiste no sólo a aceptar, sino a escuchar las explicaciones que a menudo damos los profesionales que nos movemos en este modelo y que están fundadas no solo en la teoría, sino también en la práctica clínica con los pacientes. De hecho, Freud ya anunciaba un tipo de resistencia curiosa en algunos: *la resistencia al psicoanálisis*.

La lectura de las teorías psicoanalíticas nos implica como seres humanos sensibles que somos, ya que éstas nos sitúan en la continua sospecha del porqué de muchos de nuestros comportamientos, a la vez que ponen de manifiesto muchos de nuestros temores e incluso de nuestros más oscuros deseos.

Desde la perspectiva de diversos autores trataré de explicar las diferentes tesis planteadas. En anteriores obras reivindicué la importancia de las teorías y planteamientos prácticos de psicoanalistas que han caído en cierto modo en el olvido. Así, he reiterado la importancia de los posicionamientos de S. Ferenczi y W. Reich. En esta nueva obra que hoy presento ante nuestros lectores y amigos, propongo como foco de reestudio la Psicología Individual de A. Adler para la comprensión de diversos factores humanos.

Brindo por tanto esta obra al lector, ante la demanda de que escribiera algo en un lenguaje más directo y cercano, en detrimento del técnico más utilizado anteriormente. Así he optado por redactar esta

1. Remitimos siempre a las *Obras completas* de Freud en la edición española de Editorial Biblioteca nueva (1981).



obra de modo que fuera más accesible para un mayor porcentaje del entorno social. Al final se incluye un glosario de los términos que –me parece– pudieran resultarle más complicados al lector, y durante todo el transcurso de la obra se encontrarán notas al pie de página que apoyen y clarifiquen lo comentado en el texto.

Debo avisarle que quizá el primer capítulo le resulte más complicado por determinados conceptos expuestos. No se asuste, dado que la lectura se hará cada vez más fluida conforme avance en el texto. Este libro es, en definitiva, una aportación que trato de hacer para que el lector adquiriera, en la medida que le sea posible, conocimientos acerca de las actitudes de los demás, así como de los sentimientos y reacciones producidas en el interior de él mismo.

Aunque le resulten extrañas determinadas cuestiones que aquí se van a tratar, le recomiendo que en el grado que usted pueda proceda a una apertura mental que le permita acceder a un conocimiento que probablemente le venga bien e incluso le ayude en determinadas circunstancias. No haga como tantos supuestos *científicos* de antaño (y como muchos de ahora) que sólo creían en lo que veían y que pudieran ser palpable: vísceras, sangre o fluidos materiales todos ellos, pensando que los sentimientos, sueños, fantasías y deseos no tienen validez por no poder tocarse, como si el que sufre por elementos psicológicos no tuviera derecho a ello porque no se desangra o su analítica no es extraña y sus niveles están en condiciones.

Conque algunos estén en esta onda de percibir lo que no es físicamente palpable, pero si psicológicamente, habrá –poco a poco– cada vez más personas capaces de descifrar y comprender las desvirtudes de lo humano que a menudo queman, deprimen y angustian a los que las sufren. Así, podrán hacerse más llevaderas al ser encaminadas a la búsqueda eficaz de un modo sano que implique el equilibrio psíquico, la salud mental.

Luis Raimundo Guerra Cid
Roma, 19 de septiembre de 2002



1

LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y LA INSOPORTABILIDAD

Los seres humanos sólo somos capaces
de soportar una pequeña dosis de realidad.

T. S. Eliot, 1947.

1. ¿Qué son los mecanismos de defensa?

El principal fin de este primer capítulo es introducir al lector en los conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Para que el resto de la lectura del libro sea más amena y comprensiva, se deben de transmitir ahora los contenidos más difíciles de comprender. Para ello, sin duda, cobra vital interés un análisis de los distintos mecanismos de defensa que los seres humanos utilizamos.

Un mecanismo de defensa es un proceso, un dispositivo psicológico cuya principal labor es la de proteger a la persona de diversos contenidos que están dentro de su mente (fantasías, deseos, recuerdos...) y que le resultan intolerables bien por ser dolorosos, bien por ser censurables; es decir, por no ser aceptables socialmente o por alguna porción de su entorno social. Por ejemplo, el tener impulsos sexuales hacia alguna persona o impulsos agresivos hacia un familiar.



Pero esto no quiere decir que estos contenidos de los que se defiende el ser humano mediante los mecanismos de defensa, tengan que tener siempre un contenido sexual que se reprime ni que la actividad inconsciente –vida inconsciente– de las personas siempre se halle mediatizada por una censura, tal y como defienden las tesis más ortodoxas, es decir, las más ceñidas al pensamiento de Sigmund Freud (1856-1939).

Ante todo, ha de decirse que la utilización de estos mecanismos es normal y que, al igual que todos nos podemos considerar neuróticos, todos somos usuarios de dichos mecanismos. La diferencia entre lo normal y lo patológico está siempre en la intensidad y la flexibilidad con la que se utilicen los mecanismos defensivos.

Sigmund Freud (1915) le daba una doble acepción a este concepto:

- Para aludir a la dinámica de un proceso defensivo dada en las diferentes neurosis, por ejemplo la dinámica defensiva en la neurosis obsesiva.
- Para indicar cuál sería la utilización de la defensa de uno u otro de los destinos pulsionales de las neurosis, es decir, del impulso que una determinada desorganización psicológica provocaría; pongamos por caso las neurosis obsesivas en las que los impulsos principales serían de control y posesividad.

La pulsión, por tanto, que a veces se expresa con el término más comprensible de impulso tiene que ver con una tendencia a realizar una acción física o psíquica que proviene de nuestro inconsciente hacia un fin.

Las pulsiones son como impulsos de diversa índole: sexuales, agresivos, de posesividad (como ocurre en ocasiones con determinadas parejas)... Como ejemplos podríamos decir que el destino de una pulsión agresiva mediante el mecanismo defensivo puede reprimirse (represión) o negarse (negación), entre otras posibilidades.

En definitiva, y siguiendo a la hija de Freud, Anna, los mecanismos de defensa son:



Medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social (1936, p. 9).

Es decir, los mecanismos de defensa están manejados por el *yo* que es una instancia psicológica metafórica que tiene como papel fundamental mediar entre los impulsos o pulsiones, o lo que es lo mismo, las exigencias instintivas que cita Anna Freud (principio del placer) y los deberes, esto es, la necesidad de adaptarse al mundo con las reglas inculcadas (principio del deber). Además, contiene dos partes, una parte consciente y otra inconsciente. El *yo* estaría regido por el principio de realidad.

Como vemos en esta definición –conjuntando los datos expuestos hasta ahora–, los seres humanos tenemos un sistema defensivo, el cual controla el *yo* para hacer una mediación entre los impulsos del *ello* y las demandas del deber, el *superyó*. Así, tenemos el sistema tripartito de la mente propuesto por Freud (1923a) compuesto por *YO*, *ELLO* y *SUPERYÓ*.

El *ELLO* es un término que Freud recoge del psiquiatra de origen alemán G. Groddeck, quien acuña este término en su trabajo “*El libro del ello*” (Basabe, 1979, p. 49). Este *ello* sería la instancia demandante de continuas gratificaciones inmediatas estando comandada por el principio de placer, siendo en su cualidad totalmente inconsciente. La influencia del *ello* es especialmente palpable en el comportamiento de los niños, quienes quieren las cosas inmediatamente; por ejemplo: jugar con un juguete nuevo, comer el pastel que hay para el postre... costándoles mucho el tener que aguantarse sin poder recibir inmediatamente lo que demandan.

A propósito de este aspecto, es también curioso cómo muchos adultos están dominados por el principio de placer y por el *ello*. Necesitan de inmediato cambiar de móvil con lo último del mercado (como el niño con las consolas) o pensar con el estómago, por lo que necesitan de inmediato copiosas comidas y bebidas extraordinarias (como el niño en la hamburguesería).



El *SUPERYÓ*, por otro lado, estaría regido por el denominado principio del deber, el cual constituiría toda la trama de censuras y/o deberes para con uno y para con los otros. No nacemos con esta instancia, sino que se teje –en forma de conciencia moral– con las distintas dimensiones del mundo social en el que nos formamos y vivimos. La resultante fundamental de la dialéctica *YO-SUPERYÓ* es el *sentimiento de culpabilidad* (Giner Abati, 1982 p. 327).

Por tanto, las defensas pueden ser eficaces y mantener “a raya” el conflicto entre estas instancias o ser ineficaz, por lo que de dicho conflicto se siguen unas consecuencias psicológicas. A modo de apunte, habría de diferenciarse el concepto de *mecanismo de defensa* del de *resistencia*, ya que este último habrá de reservarse para cuando se hable de una situación concreta de la Psicoterapia, en la que el paciente se resiste al tratamiento psicológico con diversas estrategias.

Además, la resistencia puede consistir en el manejo continuo e inflexible de algún mecanismo de defensa como, por ejemplo, una negación constante de cada indicación que el terapeuta le señala como importante al paciente; pero sería más común que la resistencia consistiera en un conjunto sistemático de mecanismos defensivos que dan lugar a una coraza en el carácter del individuo que sólo busca defenderse y no tomar conocimiento de sí mismo. En ocasiones, la resistencia ni siquiera tiene que ver con un mecanismo de defensa concreto. Así nos encontramos en el tratamiento psicoanalítico con la resistencia de llegar sistemáticamente tarde a las sesiones u olvidarse de cuándo se tenían éstas.

Proponemos a continuación un análisis de los principales mecanismos de defensa, puesto que es una buena manera de que usted pueda comprender más elementos de la personalidad del ser humano y de algunos de sus comportamientos. Ha de tenerse en cuenta que las personas nos volvemos más insoportables cuanto con mayor inflexibilidad utilizemos estos procesos, por lo cual, el lector tendrá que estar atento y tener una mínima capacidad de



introspección para mirar adentro y ver hasta qué punto alguna de estas actitudes puede ser perjudicial.

2. Los mecanismos de defensa y los afectos

En el campo de la técnica y la teoría psicoanalítica se utiliza de forma constante el término *afecto*, el cual no sólo ha de entenderse como el cariño o la ternura que se puede tener a alguien o a algo, o los lazos afectivos entre personas, sino también como el *afecto negativo*, es decir, la manía, el asco o el odio –entre otros–; por lo cual podrían tomarse los afectos en este conjunto positivo y negativo como sinónimo de sentimientos. Del mismo modo, *afecto* proviene del latín *affectus*, participio pasivo de *affic-re* que significa *poner en cierto estado*. Podríamos traducirlo por *estar afectado* por una realidad que nos influye, ya sea positiva o negativamente.

En los mecanismos de defensa siempre encontramos afectos que se relacionan con ellos, sea porque se quieren encubrir, marginar; sea porque no se muestran los que en realidad son... De ahí que el lector tiene que tener una amplia visión cuando se hable de los afectos en este libro para poder captar toda la información que se quiere transmitir.

3. Descripción de los principales mecanismos defensivos

Represión

Este mecanismo enunciado por Freud y descubierto desde los primeros estudios realizados sobre la histeria (1895) es elemental para el entendimiento del funcionamiento básico de la mente humana. La represión consiste en apartar del campo de la conciencia sensaciones, representaciones, imágenes, deseos y pensamientos dolorosos y frustrantes ligados a la pulsión. Lo que la persona hace reprimiendo es tratar de eludir el recuerdo y los consiguientes estados afectivos que están asociados a las experiencias traumáticas.



El problema es que cuando el mecanismo fracasa se observan diferentes síntomas, desajustes psicológicos, y, en definitiva psicopatologías² –que no enfermedades mentales como se dice en ocasiones– de diversa índole diagnóstica.

El término *represión* en sí no es correcto del todo, ya que este mecanismo se corresponde más con el concepto de *marginación*. Cencillo (1974, p. 170) explica que la *represión* comporta una operación psíquica violenta; de este modo, la traducción más acorde sería *marginación*, es decir, *Verdrängung* y no *Unterdrückung*, en lengua alemana. Esta matización es fundamental puesto que, aunque Freud utiliza ambos términos, la traducción sólo se hace por *represión* cuando aparece un impulso sexual, mientras que se reserva el de *marginación* para explicar un fenómeno de evaporación de los recuerdos.

Es más correcto utilizar *represión* para hablar sobre la *represión de las masas* o la *represión social* sobre un sector; por ejemplo, la de los homosexuales, derivada de los condicionamientos sociales vigentes. Al respecto, Marcuse (1968) señala que una cuestión sería la *represión* impuesta por la organización de los estados y el control de las *masas* y otra la *represión residual* que se deriva de la incorporación que cada sujeto hace de ésta, imitando tareas y planteamientos represores.

Si hablamos de una represión más clásica, freudianamente entendida, se dice que se reprimen básicamente estos elementos (Villamarzo, 1991):

- El afecto, dando lugar –por el retorno de lo reprimido, es decir, por el fracaso de la represión– al síntoma obsesivo.
- Una representación traumática. Da lugar –por el mismo proceso de retorno de la represión– a la aparición del síntoma fóbico.
- Tanto el afecto como la representación, produciéndose la histeria de conversión de la que posteriormente hablaré.

2. Concepto psicológico que se refiere al estudio de los desajustes psíquicos (padecimientos psicológicos) de la persona. Etimológicamente sería la explicación racional (*logos*) que versa sobre el *pathos* (en griego, pasión, padecimiento) del alma (*psiqué*) que hoy en día referimos a la mente, lo psíquico del paciente.



Por supuesto, este es un esquema general, lo cual indica que hay otros muchos factores influyentes en estas temáticas psicopatológicas.

Regresión

Proceso defensivo en virtud del cual una persona, ante una situación frustrante o conflictiva en exceso, adopta una forma de situarse en el mundo que correspondería a anteriores periodos del desarrollo. La persona retorna a una etapa de su desarrollo evolutivo³ (psicosexual, en términos más freudianos) fijando su libido en ella. Esta etapa le resulta satisfactoria y así intenta obtener la máxima gratificación que le permite la situación. Para P. Kline (1992, p. 167) la regresión supone: "Una retirada hacia formas anteriores de actividad mental y de conducta".

Y dirá usted, ¿a qué se refiere con que se retrocede a otras fases? Me refiero a esas fases del desarrollo por las que todos vamos pasando, etapas en las cuales vamos adquiriendo, fundamentalmente, control sobre nuestro propio cuerpo y los elementos del exterior. Es decir, son etapas en las que vamos adquiriendo conocimientos propios y de los demás, que aunque también tengan que ver con el desarrollo psicosexual, no sólo en este aspecto son relevantes. Estas etapas o fases son:

Fase oral (Freud, 1905). Esta primera fase puede prolongarse aproximadamente hasta los 2 años de edad. Desde las teorías de corte más ortodoxo, la boca sería un instrumento fundamental de gratificación sexual. Pero también puede entenderse la boca como un medio desde el cual vamos incorporando conocimientos de los elementos externos.

Desde la infancia, nos alimentamos mediante la boca a la vez que mantenemos contacto físico con la madre y vamos percibiendo incluso la calidad de la toma de leche, si la madre la da deprisa, ansiosa o despacio y con calma. Abraham (1924) divide la etapa oral en dos: la oral-precoz y la oral-sádica.

3. Para un estudio pormenorizado de la regresión y sus distintas coyunturas recomendamos el libro de Pablo Gallo *La regresión. Aproximación teórica, clínica y técnica* (1998).



La primera equivale a las circunstancias enunciadas por Freud, mientras que la oral-sádica coincide con los inicios de la aparición de los dientes donde el hecho de morder implica una conducta sádica.

Fase anal-sádica. Según Freud, dicha etapa oscilaría entre los 2 y los 4 años. Las conductas caracterizadoras de esta etapa residen en el placer hallado en la expulsión y manipulación de las heces. En *Carácter y erotismo anal* (1908a) y en *La predisposición a la neurosis obsesiva* (1913), señala Freud rasgos de sadismo y posesividad que posteriormente podemos observar en individuos adultos como consecuencia de una mala elaboración de dicha fase. Abraham (1924) también divide este periodo en dos: la fase anal-expulsiva y la fase anal-retentiva.

En la primera, hay una gratificación en el niño por la evacuación de heces, manifestándose la pulsión sádica en una fantasía de destrucción de los elementos externos. En la subfase anal-retentiva, la gratificación se halla en el juego de la retención de heces y la sensación de control de ellas que tiene el sujeto, a la vez que la pulsión sádica se relaciona con la posesividad del objeto.

Fase fálica y organización genital (S. Freud, 1923b). Proponemos –pese a la gran controversia suscitada por la clasificación de estas fases– las dos como un continuo. Lo fundamental aquí es el conocimiento por parte del niño de los genitales. En un principio no hay conciencia de la diferenciación de sexos bajo un criterio genital. Cuando hay ya una diferenciación de la genitalidad entre sexos, se produce la posibilidad de que se dé el *complejo de Edipo*.

Freud escoge el drama de Sófocles “Edipo Rey” para explicar desde el mito esta circunstancia en la que Edipo mata a su padre y se casa accidentalmente con su madre. No sería correcto aplicar esto tal cual a la realidad humana, entendiendo que el niño tiene deseos incestuosos a la vez que desea la muerte del padre. Esta interpretación general es una de las cuestiones con la que más se meten aquellos que no tienen suficientes conocimientos de Psicoanálisis. El complejo de Edipo –y el de Electra, equivalente para la niña– se comprende mejor si se entien-



de en términos de la exclusión de un tercero, en la relación triangular padre-madre-niño, como veremos posteriormente.

Muy próximo a estos momentos evolutivos también se da en la niña la *envidia del pene* dado que la niña carece de aquello que el niño tiene, deseando tenerlo también. Siempre desde las teorías freudianas, el niño por su parte sentirá un temor de ser castrado –*complejo de castración*– puesto que la niña no tiene pene, temiendo por tanto que le sea quitado a él también. De todos modos, estos conceptos de escuela no explican la totalidad de las problemáticas de las personas; además, no son ni mucho menos definitivos. Por ello, estas tendencias falocentristas –que hicieron disidir a muchos discípulos de Freud creando otros argumentos teóricos– han sido duramente criticadas durante toda la historia del Psicoanálisis.

Periodo de latencia (6 años – inicio de la pubertad, aproximadamente). El infante deja de preocuparse tanto por las tendencias sexuales explícitamente; aunque parece que el impulso se desexualiza, lo más típico es que el niño, ante la censura de los temas sexuales, opte por no hablar de ellos.

Por tanto, cuando hay una regresión, se produce una fijación de la libido en etapas anteriores del desarrollo. Pero nosotros no entendemos esta libido como energía sexual exclusivamente, sino –en términos de Jung– como energía psicológica general que incluye también la sexual. Luego, cuando la libido o energía general psicológica se fija, centrándose en otra fase que no corresponde a ese momento de la vida del individuo, observamos comportamientos fuera de sazón. En la regresión –como defensa ante un acontecimiento vital estresante–, la persona se puede comportar como un temeroso niño que básicamente demanda afectos y atenciones varias. En este ejemplo habría una tendencia de la persona a regredir/retroceder a la etapa oral, para oralizar cariñitos de los demás, no asumiendo de paso su propia responsabilidad.

A grandes rasgos, la regresión a la etapa oral produce los comportamientos melancólicos, depresivos y se asocia, asimismo, a las



drogodependencias. La regresión a la fase anal-sádica se relaciona con los síntomas obsesivos y el carácter sádico, mientras que en el continuo fálico-genital se dan comportamientos competitivos y problemáticas en las relaciones donde la persona a menudo se siente excluida.

Por supuesto, se debe tener en cuenta que los comportamientos que vemos a partir del fenómeno de la regresión no se relacionan exactamente con los mismos de un niño pequeño, a no ser que estemos ante casos de psicosis grave, sino que serán símbolos y resquicios de aquella (cf. Guerra Cid, 2001, pp. 124-127).

Proyección

Dicho mecanismo fue propuesto y estudiado por Freud y analizado con otros matices por diversos autores como Klein o Kernberg, entre otros.

Este es uno de los mecanismos de defensa fundamentales y a su vez es uno de los más utilizados por las personas. Básicamente consiste en colocar fuera de nosotros diversos elementos como emociones, afectos, intenciones, complejos, deseos, fantasías... que nos resultan impermisibles, fundamentalmente por ser demasiado duros e *indigeribles*.

Muchas veces determinadas actitudes o modos de funcionamiento de los otros no nos gustan y los criticamos duramente. Sin embargo, si la persona no tiene una buena capacidad de introspección y de reconocimiento de sus propias fallas, caerá en la utilización de la proyección de un modo desadaptado, eludiendo, a menudo, la realidad que se le está presentando.

Recuerdo cómo, en una ocasión, un paciente se quejaba de la frialdad que su madre mantenía con él desde hacía meses. Sin embargo, era él quien no demostraba muestras de cariño tales como agradecer las cosas que ésta hacía por él o darle un simple beso, cuestiones que la madre sí que llevaba a cabo, viéndose por tanto la proyección de su propia falta de cariño en la madre, puesto que esto le resultaba más fácil de *digerir* psicológicamente.

La proyección también se puede observar en otros campos como en la propia visión del físico de quien proyecta. Una vez, en la cola de



un supermercado, una mujer con unos 20 kilos de sobrepeso le espetta a la cajera: “¡Qué gorda te has puesto!”, comentario bastante desafortunado, dado que la oronda mujer no recayó en que dicha cajera estaba embarazada de pocos meses. Proyectó su propia gordura en un leve cambio corporal que se había producido en la otra.

Muchas de estas cuestiones ocurren a menudo por la censura que la persona sufre ante diversas percepciones, deseos, pensamientos, sentimientos..., poniéndolos en el afuera de nosotros, en el otro al cual atribuimos esto que nada nos gusta. Los psicoterapeutas conocemos muy bien este mecanismo dado que en el proceso terapéutico los pacientes a menudo nos colocan –en ocasiones con tono acusador– determinadas temáticas que les disgustan en exceso. Fundamentalmente, es el conflicto lo que se nos proyecta.

Esta proyección puede ser subsanada cómodamente por un terapeuta debidamente formado. Un psicoterapeuta de la orientación psicoanalítica, además de ser psicólogo o médico, debe pasar por un análisis personal, además de una formación estricta sobre el campo psicoanalítico (y el que no lo haya hecho no es nunca un psicoterapeuta de esta orientación aunque vaya de ello⁴), por lo que estos comportamientos le serán más inocuos y comprensibles al profesional, cuestión que no acontece así en las demás personas, ya que no suelen tener la misma capacidad de contención, por lo cual en la vida cotidiana el conflicto interpersonal estará servido.

Negación

También propuesto por Freud, de un modo clásico vendría a definir aquel procedimiento psicológico por el cual la persona sigue negando sentimientos que le pertenecen y que antes estaban reprimidos en él, a pesar de haberse roto la barrera de la represión. La negación hace que la persona siga defendiéndose contra esos contenidos psíquicos insertos en sí.

4. Puede incluso ser aconsejable, si el usuario duda, que se exijan las acreditaciones y títulos de formación en Psicoterapia.



Dicho mecanismo también funciona haciendo que el sujeto niegue la realidad o, fundamentalmente, algunos aspectos de ésta. Como dijimos en otro lugar: “Es un mecanismo por el cual el sujeto, expresando uno de sus deseos sentimientos ocultos o marginados, se defiende negando que tengan que ver con su persona” (Ortiz y Guerra Cid, 2002, p. 279).

Por supuesto, es un mecanismo predominantemente psicótico, aunque también se observe en problemáticas neuróticas, de menor desajuste. En las psicosis, que constituyen la mayor perturbación de la personalidad, lo que precisamente se suele observar es una no aceptación de los hechos de la realidad circundante del sujeto, por lo cual se crea una realidad paralela formalizada por delirios y/o alucinaciones.

Otros casos menos severos, pero también destructivos para las personas, son los alcohólicos u otros drogodependientes que no se reconocen como tales (aunque lo sospechan), que cambian de canal cada vez que en el televisor hablan sobre los efectos perjudiciales y devastadores de aquellas drogas que les implican. Más común hoy en día es la moda de *desconectar*; basta ver cómo hay muchos que están desconectados de la realidad tomando *unas copitas* todos los fines de semana, *unas cervecitas* a diario y unos *porritos* siempre que se tercié –entre otras porquerías varias–, para no hacerse cargo de lo crudo que a menudo la vida nos muestra. Esto se observa de manera cada vez más frecuente en aquello de desconectar del trabajo y entonces se pierde toda la perspectiva lógica del ritmo normal de la vida.

Pero no siempre la dirección de esta desconexión negadora es a priori laboral, puesto que hay quien se centra únicamente en su trabajo y en su crecimiento profesional, dejando de lado la realidad familiar incluyendo a menudo en ésta a la pareja y a los hijos, de los cuales el individuo se quiere desprender en ocasiones, negando dicha faceta de su vida a favor de la profesional.

Por ende, en nuestra opinión, ésta es una manera moderna de la clásica negación, puesto que hay quien desconecta del duro trabajo o



de tareas cotidianas, pero de un modo adaptado y hay quien siempre se halla desconectado, desubicado –en definitiva– de la realidad frustrante de la vida, *cloromorfizado*, para no atender a lo que la práctica vital exige en cada momento.

No sólo la drogadicción es un modo de negación de la realidad, también lo es realizar continuos e innecesarios viajes cuando a la persona se le demanda por uno u otro cauce que preste diversas ayudas; evitar constantemente circunstancias que pueden ser comprometedoras o, simplemente, ir por el mundo como si la cosa no fuera con uno, con ese falso modo de actuar, hipócrita y eludidor de responsabilidades del *todo va bien*.

La negación es, por tanto, un mecanismo que invita a que se evada cualquier aspecto de la realidad, incluso a personas. Por ejemplo, cuando alguien tiene éxito o simplemente es brillante, se niega este hecho comparándolo con otra persona o negándolo, haciendo oídos sordos a esa situación porque el bienestar del otro no interesa en absoluto. El extremo de la negación de las personas reside en los asesinatos pasionales (de bajas pasiones sin duda, como celos, envidia, odio...). Se trata, sin lugar a dudas, del acto más psicótico, ya que se niega hasta la existencia de la víctima matándola, privándola de vida, para así no volver a interactuar con ella.

Fantasia

Esta operación psicológica se asocia comúnmente a los niños y adolescentes, quienes fantasean sobre hechos que puedan transformar la realidad, amoldándola a sus ideales y deseos. Por ejemplo, encarnándose en héroes míticos o en los denominados superhéroes más contemporáneos. Pero este dispositivo psíquico también es utilizado en la adultez. De ahí que habrá observado cómo en ocasiones su imaginación lo lleva de algún modo a combatir los duros factores que la realidad le propone.

Desde la óptica freudiana se distinguen fundamentalmente tres tipologías de fantasías:



- Fantasías originarias, de carácter filogenético que corresponden a un nivel de fantasía que se transmitiría hereditariamente, y entre los que se encontrarían, la fantasía de seducción, de vida intrauterina o la de castración (entre otras). Esta última proveniente del llamado complejo de castración (1908b) por el cual, en la diferenciación de sexos, el niño al ver que él tiene pene y la niña no, teme que éste le sea arrebatado como a la niña, mientras que la niña piensa que le ha sido arrebatado puesto que el niño tiene y ella no. La angustia de castración también es determinada por amenazas directas que los adultos pueden hacer en broma al niño.
- Fantasía en sí, que corresponde a ensoñaciones diurnas o episodios ficticios que la persona se construye en una relación consigo mismo.
- Fantasía inconsciente, por lo cual no siempre se hará consciente al sujeto de que la sufre, no teniendo constancia ni de su existencia, ni de su significado (aunque pueda estar actuando bajo otras formas sustitutivas, por ejemplo, un síntoma psíquico); el trabajo psicoanalítico se torna, por tanto, fundamental para su dilucidación.

La fantasía inconsciente ha sido desarrollada con especial eficacia y analizada desde otras perspectivas por autoras –fundamentalmente de las teorías de las relaciones objetales– como Melanie Klein, Hanna Segal o Susan Isaacs. Esta última la define como la base de cualquier proceso mental (1948). Desde que somos niños, a partir de cualquier proceso somático –es decir, sensación corporal– se desencadenan varias fantasías inconscientes quedando asociadas a los objetos⁵

5. No nos referimos a *objeto* con el tono peyorativo de *tratar a las personas como objetos*, sino a un concepto de la escuela Kleiniana. Hay que entenderlo, pues, como objeto u objetos externos (en general, figuras externas; por ejemplo, la madre o partes de ésta como el pecho bueno) y como objeto u objetos internos que también pueden ser totales o escindidos (divididos), siendo ésta una vivencia de tipo inconsciente o una fantasía acerca de un objeto externo que ha quedado introyectado en la psique del sujeto.



a los que han sido atribuidos el origen de dichas percepciones somáticas. Es, como se puede ver, un circuito mental. Este tipo de fantasías son la representación mental de los instintos, como puede ser el de alimentarse. Si, por ejemplo, el bebé tiene hambre, se le desatará una fantasía inconsciente en la que come y en la que chupa el pecho materno; de ahí que muchas veces los bebés, en sueños o ensoñamientos, estén plácidamente chupándose el dedo.

Por supuesto, las fantasías se relacionan directamente con los deseos que tienen las personas; por ejemplo, la fantasía que muchos tienen de caer bien a todo el mundo y de ser bien recibido en todos los lugares enmascararía el deseo de atenciones constantes. Esa persona percibe (consciente o inconscientemente) un déficit afectivo en sus relaciones. También, y conjugándolo con la proyección, a veces la propia fantasía del individuo es proyectada en el otro por resultarle impermisible. Como a veces ocurre en las relaciones de pareja donde uno de los miembros puede mostrarse excesivamente celoso por pensar que el otro va a encontrar una pareja más atractiva, con un mejor trabajo y/o mejores *prestaciones* en el campo de la sexualidad, pudiendo ser todo este pensamiento una proyección de su fantasía inconsciente y su deseo.

Igualmente patológico es el caso de aquel que vive siempre instaurado en una fantasía, dejando de lado lo que en realidad ocurre, circunstancia que a menudo se encuentra en los jugadores compulsivos, los ludópatas, quienes –entre otras cosas– viven en la fantasía de que con unas buenas jugadas ganarán mucho dinero y mejoraran su estatus, obviando la cantidad de dinero que pierden en el empeño y que inexorablemente les llevará a la ruina. Aquí también interviene la negación, puesto que sólo ven lo que ganan y niegan lo que pierden, costando a menudo esta circunstancia el puesto de trabajo, las relaciones de amistad, el matrimonio...

Desplazamiento

Este mecanismo junto con el que definiremos a continuación, la condensación, es de vital importancia en la formación de los sueños. El desplazamiento es un procedimiento por el cual se hace una varia-



ción de la intensidad emocional que una representación o un objeto nos produce desplazándola hacia otras, aunque guarda una estrecha relación con la primera a través de una cadena asociativa.

El desplazamiento es el mecanismo básico por el cual se producen los síntomas fóbicos, aunque en estas problemáticas hay que tener también en cuenta el valor que para el sujeto tiene esa circunstancia fóbica. En una metáfora económica sería lo que invierte el sujeto para que ese estímulo o circunstancia le resulte fóbico.

Antes aludíamos a lo que Freud llamaba complejo de castración, como una fantasía originaria, universal e intrínseca a los seres humanos. Desde las teorías más ortodoxas, se conceptualiza este complejo como uno de los principales factores en la aparición de las neurosis fóbicas en las cuales se observa un temor, un miedo, a veces terrorífico y con grandes dosis de ansiedad.

Esta temática es a menudo discutida como un elemento que se pueda dar en todos los sujetos. Sin embargo, en nuestra opinión, quizá sería más conveniente discutir no tanto si existe dicho complejo en todos los seres humanos, como su importancia definitiva en la mayor parte de las neurosis fóbicas; es decir, si siempre está presente o no en la etiología de estas neurosis. Lo mismo ocurre con el denominado complejo de Edipo, el cual es también muy discutido, creemos que, fundamentalmente, por el mal entendimiento que se hace de éste, puesto que más que, en el caso del niño, un deseo de muerte del padre real y de deseos incestuosos para con la madre, hay un deseo de que el padre rival desaparezca para tener las atenciones de la madre.

El complejo edípico es fundamentalmente un problema en la resolución de las relaciones triangulares (madre, padre e hijo), en las cuales siempre hay una coalición entre dos y cierta exclusión del tercero, lo cual es la problemática central de dicho complejo en detrimento de hipótesis más sexualizadas. Por tanto, cobra más importancia una discusión en la que se vea cómo los niños entran en estas fases. Heinz Kohut (1984) nos señala cómo dependiendo de la salud psicológica de los padres, de los niños que entren en el periodo edípico, se explicará en buena medida la aparición de una angustia de castración significativa.



Y se preguntará usted el porqué de esta discusión. La respuesta reside en uno de los casos más celebrados de los inicios del Psicoanálisis, el caso de Juanito (Freud, 1908b). Este caso, supervisado por el padre del Psicoanálisis, es el de un niño de cinco años aquejado fundamentalmente de tener fobia a los caballos⁶. Siguiendo el trabajo de Fernández Guerrero (1999), pasaré a narrar brevemente el caso.

Juanito experimentaba temor a que le mordieran los caballos; a su vez, temía que cayeran al suelo.

Por otra parte, la angustia de castración era del todo clara, puesto que el niño estaba en el periodo edípico –fase en la que, por regla general, se manifiesta dicha circunstancia (en caso de manifestarse). Ante los tocamientos que el niño hacía de sus genitales (circunstancia totalmente lógica por el conocimiento que los niños buscan de su propio cuerpo), la mamá en una intervención penosa y lamentable, le espetó la siguiente amenaza: “Si sigues haciendo eso llamaré al Dr. A. para que te corte la cosita” (O.C. II, p. 1366).

Esto potenció la angustia de ser castrado, circunstancia que, a su vez, se asoció a otra ocasión en la que se le dijo al niño que tuviera cuidado con un caballo que le podía morder. Asimismo, se sumó el hecho de observar cómo en una ocasión un equino cayó delante de él, asustándole.

Es en este punto en el que debemos de conjugar todos los factores con el temor de castración que el niño experimenta respecto de su padre. Dado que hay un miedo (por parte del niño, derivado del complejo de Edipo) a que el padre también le pueda castrar por querer la exclusividad en la relación con la madre, se puso en marcha el mecanismo del desplazamiento: en vez de temer al padre *castrante*, teme al caballo que muerde. Del mismo modo, ante el deseo de que el padre desaparezca para tener una relación exclusiva con la madre, hay un conflicto en el niño propiciado por la culpa, puesto que el padre quie-

6. Fobia que, aunque nos pueda parecer extraña, era muy lógica ya que en la Centroeuropa de principios del s. XX, el caballo era un animal muy cotidiano, en cuanto a su presencia en las calles.



re ser excluido, pero a la vez es también amado. La traducción de este conflicto se manifiesta en ese temor a que el caballo se caiga (porque se asocia a que el padre sufra algún accidente o desaparezca).

En este caso, el mecanismo de desplazamiento proporciona el que haya un objeto más fácilmente evitable, así como la conservación intacta del amor del padre (Fernández Guerrero, 1999 p. 164). Como puede observarse, cuando se da un desplazamiento en estas complicadas dinámicas, el objeto fóbico sobre el cual se fija la libido –es decir, la energía sexual según Freud y la energía psíquica más general según Jung– debe tener una relación asociativa con el objeto o persona que realmente le da miedo. El objeto sobre el que se desplaza es, de esta forma, menos implicativo para el sujeto.

Cierto es que, aunque en ocasiones se observa en los cuadros fóbicos elementos de castración, no siempre responden a la mencionada dinámica, puesto que la castración en ocasiones es psicológica. Como ejemplo, en la práctica clínica se pueden observar muchos casos de pacientes con fobias y angustias difusas, con un padre o una madre que nunca le han dado confianza al hijo y que le *castran* en cuanto a sus posibilidades: “Tú para eso no vales”, “Cuidado con el perro que seguro que te muerde”, “Tú no puedes estar solo porque no tienes la suficiente fuerza para aguantar ese trabajo”, “Es imposible que aguantes un año de estudios en el extranjero”...

Y esto incluso cuando la fobia en realidad no la tiene quien la sufre, sino que le ha sido proyectada la fobia de otro. Por ejemplo, es el caso de Pepe que tiene un padre que no le deja salir de excursión por el monte porque podía desatarse de repente una tormenta cuyo resultado podría ser fatal, dado que, siempre –en opinión del padre– son muy peligrosas. Pepe puede ir haciendo un aprendizaje desde el cual en la adolescencia y en buena parte de la juventud pierda múltiples oportunidades de conocer gente y afianzar sus amistades, pues pongamos el caso que es la forma habitual y sana de relacionarse en un pueblo. En dicho ejemplo el fóbico era el padre, el cual ha hecho pagar al hijo, con la proyección de su psicopatología, haciendo de él una persona introvertida, que va perdiendo múltiples ocasiones de relacio-



narse; lo cual comúnmente a su vez desencadena fobias sociales y problemáticas de habilidades sociales como tanto gusta llamar hoy en día.

Este ejemplo se parece mucho a otros casos reales tratados por nosotros y por otros terapeutas de la orientación psicoanalítica, dando lugar a múltiples problemas insospechados en un principio por los protagonistas, pero que luego resultan terribles.

Más popular es el desplazamiento de las frustraciones cotidianas con el jefe, la jefa, la mujer, el marido, los suegros, los hijos, hacía quién pasaba por ahí y no tiene culpa de nada o al árbitro del acontecimiento deportivo de turno, y si no, recuerden el España-Corea del mundial 2002, en el cual se observó en muchas personas un cabreo desmesurado con una situación que no da de comer precisamente al aficionado, llegando –incluso algunos– a acudir al juzgado a denunciar a la FIFA por daños morales. En estos casos, el desplazamiento es menos elaborado, pero también más mundano y más observable, como usted podrá percibir.

Condensación

Consiste básicamente en “uno de los modos esenciales de funcionamiento de los procesos inconscientes: una representación única representa por sí sola varias cadenas asociativas, en la intersección de las cuales, se encuentra” (Laplanche y Pontalis, 1993).

Es una representación que acumula, condensa, diversas cadenas asociativas que, por regla general, se convierten en un síntoma. De hecho, en el caso Juanito también interviene este mecanismo, en el cual el miedo a los caballos no sólo está desplazado, sino también condensado a partir de diversas cadenas de asociación previas.

Identificación, tipos y conceptos afines

No sólo desde un punto de vista psicoanalítico, sino también desde uno antropológico, la identificación es un proceso desde el cual se constituye el ser humano en su estructura, por lo cual, al igual que toda la variedad de mecanismos de defensa restantes, es una operación normal.



En ese periodo edípico, al que antes aludíamos, se producen identificaciones importantes por parte del niño/a con el padre/madre. Es decir, que se asimila en mayor o menor grado al modelo paterno/materno, cuestión que le puede extrañar extraordinariamente al lector, máxime si éste repudia todo lo relacionado, por ejemplo, con su padre. No se llame a engaños. Puede estar usted identificado en muchas facetas de su comportamiento con su padre y ni siquiera darse cuenta, puesto que dicha identificación puede ser inconsciente. Así, puede que alguna o varias veces le hayan dicho “¡Eres igual que tu padre!” y, pese haberle repateado, puede que hasta –en cierto modo– sea cierto.

La identificación puede resumirse en el querer parecerse en la mayor medida de lo posible al modelo con el cual se mantuvo o se tiene una relación afectiva, la cual –necesariamente– no tiene por qué ser siempre positiva, (por ejemplo, el odio es un afecto negativo hacia otro). La identificación es por tanto “el mecanismo psicológico por el que se incorpora una parte del modelo con el cual nos identificamos, en parte propia, tomada por ideal” (Ortiz y Guerra Cid, 2002 p. 285).

Cuando estas identificaciones son extremas, masivas o excesivamente inconscientes, el conflicto del individuo es patente, dado que estará más pendiente de la imitación del modelo que de la propia estructuración autógena de su personalidad. Dentro de este mecanismo podemos distinguir otros de vital interés:

- La identificación con el agresor, descrita en la obra *El yo y los mecanismos de defensa* por Anna Freud (1936), describe una circunstancia en la que el sujeto mimetiza a la persona que en su infancia le atemorizó, le agredió, bien psicológicamente, bien físicamente o bien de ambos modos. En la identificación con el agresor, la persona se defiende contra esa constante crítica a la que ha sido sometida a lo largo de los años. Al identificarse con ella, cree anularla y no sentirse ya juzgado.

La identificación con el agresor, por tanto, es realizada por la persona de varias maneras: puede autoagredirse de un modo semejante al que le agredían. Típico es el caso de a quien se le ha estado agre-

diendo de modo constante con la etiqueta de poco inteligente. Cuando llega a la vida adulta, la víctima se puede considerar a sí misma como alguien con pocas luces, o incapaz de realizar determinadas tareas por creerse inepto. Se identifica con las agresiones psicológicas y con el maltrato psíquico al que ha sido inducido.

Del mismo modo, puede haber una identificación con el agresor a partir de una *introyección* (Ferenczi, 1909) de determinadas normas. Sería la situación en que la persona, ya adulta, tal y como los psicoterapeutas observamos comúnmente, se identifica con los clichés de la familia y ante la confrontación que los demás les podemos hacer acerca del daño que les hace este entorno, que además no les deja una libertad para poder independizarse, contestan como imitando a su propio modelo sádico y tiranizador en relación con el maltrato al que les someten “Que es lógico puesto que no han satisfecho lo suficiente a la familia, en el campo del estudio, el trabajo o en las atenciones a sus progenitores”... Vaya, que nos viene a decir más conscientemente o más inconscientemente que se lo merecen, habría una identificación con los valores morales o éticos de los modelos.

Otra forma de identificarse con el agresor consiste en adoptar las mismas formas de poder de quien agredía. Sería la circunstancia de un infante a quien su padre, un empresario, siempre le exige ser el mejor en todo y le alecciona sobre cómo exprimir a los empleados, cuando alcance la edad adulta y cree su propia empresa. En virtud de este proceso, se identificará con el padre con el mismo símbolo de poder y, seguramente, con las mismas o peores artimañas que las de su modelo.

- La identificación proyectiva (M. Klein, 1946) es, más que un mecanismo, un complejo proceso que se produce en los primeros 3-4 meses de vida. El sujeto tiene la fantasía de que una parte de su persona e incluso su persona entera se introduce en el otro para así poder controlarlo. Esas partes que han sido externalizadas son susceptibles de identificación. Por supuesto es un proceso bastante psicótico y su utilización extrema sólo suele verse en este tipo de desajustes.

Explicado de otro modo: como usted conoce, es sabido que es bastante lógico que el ser humano sea empático con sus congéneres



(aunque hay algunos *ombligos del mundo* que son incapaces de esto). Esta empatía quiere decir que se tiene la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Lo que ocurre es que quien utiliza la identificación proyectiva no sólo se pone en su lugar, sino que –creyendo controlarlo– se cree inserto en el otro; es decir, que se pone en la piel del otro de una forma patológica.

- La identificación adhesiva. Término acuñado por un discípulo de Klein, D. Meltzer (1967). Expresa un mecanismo anterior al de la identificación proyectiva (en cuanto a que evolutivamente se produce antes), en el cual el bebé se mimetiza con el objeto, siendo una relación primordial para la constitución afectiva del sujeto. A partir de este concepto se han estudiado los procesos de psicopatologías como el autismo.

En este tipo de identificación hay, por tanto, una vivencia de ligazón con el objeto afectivo, que es distinto a creer hallarse dentro –como sucede en la identificación proyectiva–. En nuestra opinión, éste puede ser el mecanismo que parece intervenir en quien no parece superar con calidad estas fases del desarrollo, dado que nos podemos encontrar a menudo con esa persona que siempre está a la sombra, imitando las acciones, hobbies y disposiciones de otro que es vivido como punto de fijación y de idealización, y al que permanece adhesivamente ligado.

A menudo, estos sujetos son inseguros, sin capacidad autónoma; por lo cual, son como *monitos de repetición*, pero que usualmente se identifican con elementos superficiales del otro, más que con valores internos más elaborados. Estas personas son bastante desagradables para quien los tiene que sufrir constantemente en su lomo. El proceso de ir siempre detrás del otro imitándole se complica cuando interviene la envidia, circunstancia de la que hablaremos en el siguiente capítulo.

Finalmente, ha de decirse que hay conceptos que aunque se asemejen y complementen con el complejo mecanismo de la identificación no son tales. Éstos son la introyección, la incorporación, la interiorización y la internalización.

La *introyección* es un concepto que explica cómo el sujeto pasa elementos del exterior a su interior. Este procedimiento se observa clara-



mente en la relación de transferencia entre el terapeuta y el paciente. De esta forma, actitudes o comportamientos suyos pueden ser introyectados como propios por algún amigo suyo, que pondría la mano en el fuego de que tal u otra cuestión que a usted se le ha ocurrido es cosa suya.

La *incorporación* se diferencia de la anterior circunstancia descrita en que aquí toman una importancia fundamental los límites corporales de la persona dado que hay una fantasía de introducción de objetos que son guardados dentro del propio cuerpo. La incorporación se haría fantaseadamente a través de la boca, pero también puede hacerse a través de otras zonas erógenas (piel, visión, audición...).

La *interiorización* es, por regla general, un concepto que se utiliza como sinónimo de introyección; sin embargo es más específica que dicho mecanismo; en un análisis más fino, se puede observar que la interiorización es un mecanismo por el cual relaciones exteriores intersubjetivas se transforman en relaciones internas, es decir, lo que se interioriza tiene que ver con un conflicto derivado de esa relación externa. Por ejemplo, una persona interioriza que es amenazada a partir del análisis de las circunstancias externas que ésta hace. Pongamos por caso, un empleado que interpreta la seriedad de su jefe y su forma de hablar seca en una sensación psicológica de estar siendo reprendido, a través de la interiorización que hace de la autoridad del jefe sobre él. Esta persona habrá interiorizado –a partir de su interpretación de los hechos externos– un conflicto en la relación por el autoritarismo percibido.

La *internalización* (Grinberg, 1976) se refiere a todos los procesos por los cuales se pasa una experiencia externa a una interna, entre los que están, por tanto, los ya comentados de identificación, incorporación, interiorización e introyección.

La idealización

Se trata de un concepto que explica la exaltación excesiva y desmesurada que se hace de una persona, objeto, grupo... Por supuesto que, en la idealización, interviene la anterior identificación explicada: a mayor identificación, mayor es la idealización.



Este proceso idealizante está claramente presente en la relación de pareja cuando hay amor. El enamoramiento, claro está, se produce también por otros muchos factores: encontrar alguien al que percibamos que nos acompaña de manera incondicional, atracción física... y, sobre todo, por este proceso, porque vemos en la pareja lo que idealizamos en nosotros mismos, lo que nos falta y nos crea un malestar interno, dado que no lo poseemos. Porque del *yo ideal* que queremos tener al *yo real* que en realidad poseemos media un abismo.

Decía T. Reik al respecto “Nosotros mismos debemos admitir que raramente estamos satisfechos de nosotros mismos [...] En nuestra mente hay una imagen de lo que nos gustaría ser, si observamos más de cerca, vemos con despiadada claridad cuán lejos estamos de ella” (1946, p. 47).

Por tanto, a través de la idealización de la pareja podemos poner en ella nuestro *yo ideal*, con todo aquello que nos encantaría tener (un gran sistema de valores, lo bueno y gentil, la seguridad...). La persona objeto del amor, toma el relevo del *yo ideal*, por ello se produce un fuerte enamoramiento. Reik lo explica así: “Amar significa cambiar el yo ideal por un objeto externo, por una persona en la que están reunidas todas las cualidades que alguna vez deseamos para nosotros” (1946, p. 55).

La idealización no es el único y exclusivo mecanismo ni el único proceso psíquico en el que interviene el enamoramiento. También interviene en este proceso la proyección en la persona amada: encontrando una fascinación e incluso cierta hostilidad –aunque sea inconsciente– porque tiene lo que se quiere y anhela para sí mismo. Si esto no se supera, se puede entrar en una relación de envidia en la que el otro quiere las actitudes y los valores de su persona enamorada, pasando –como suele decirse– del amor al odio.

Asimismo, en la idealización también interviene el *ideal del yo*⁷ que la persona tenga de sí asociado a la instancia superyoica, de la autoridad internalizada (cómo nosotros nos hemos construido inter-

7. El *ideal del yo* y el *yo ideal* no son sinónimos. En el glosario de términos el lector podrá hallar ambas definiciones.



namamente cómo es la autoridad). En este mecanismo hay un fuerte factor psicótico, dado que primero se niegan las vertientes malas de lo idealizado para sólo ver lo positivo, ensalzándolo hasta el extremo. En la idealización se produce a la vez una *escisión* (Klein, 1946), es decir, una división previa de los objetos en malos en extremo y buenos en extremo. El sujeto pone en los buenos todos los elementos deseables y anhelados por él.

La idealización se pone en juego en las relaciones tempranas, fundamentalmente con los padres y también con las figuras de importancia. El problema concurre cuando este ciego mecanismo no se supera con garantías, así pongamos por caso que un varón sigue teniendo como objeto de idealización a su madre, la que mejor cocina, la que mejor le atiende, la que mejor todo, vamos. Ya sabe usted a lo que me refiero: cuando su pareja le pone el plato en la mesa y le dice “Esto lo hace mi madre de bien...” o “No está mal, pero mi madre le echa una especia que...”, el conflicto está servido. Ante la continua prueba comparativa a la que es sometida la mujer, es a menudo probable que explote y finalmente decida mandar al varoncito con su supermamá.

Todavía más subido de tono es el proceso de identificación e idealización con la política o la religión, lo cual puede incluso llevar a que las personas cometan delitos de sangre por defender aquellos ideales indiscutibles que poseen.

Racionalización

Le voy a contar a usted una fábula. Un zorro va alegremente paseando por el campo en busca de algún alimento con el cual comer. El raposo ve una parra de la que cuelgan unos estupendos racimos de uvas. Sólo hay un problema y es que éstos están un poco altos para el animal. El zorro hace todo tipo de conjeturas acerca de lo frescas que estarán las uvas y de su sabor dulce, así que cogiendo carrerilla salta una y otra vez para alcanzar algunos de los racimos; después de varios minutos y al ver que es imposible hacerse con las uvas, el zorro desiste y dice “¡Bah!, ¡seguro que están agrias!



Eso es lo que ocurre cuando se utiliza la racionalización (E. Jones, 1908). Ante el fracaso de una acción –como le pasaba al zorro–, la realización de una conducta no del todo correcta –por ejemplo, un pequeño hurto– o motivaciones ocultas, se intenta dar una explicación coherente que justifique el acto del comportamiento o el afecto sentido sin anularlo, para no admitir datos de la realidad que la persona no se puede permitir reconocer, aunque sea consciente de tener éste u otro pensamiento, o de haber cometido una u otra acción. Así, al individuo que le devuelven más dinero de la cuenta en una tienda dice: “Sí, me han dado de más en las vueltas, pero con lo que cobran por los artículos para qué decir nada. Son unos ladrones”. Notemos que no sólo se observa la racionalización, sino también la proyección.

Quien acostumbra a tener la mano un poco larga y gusta de robar *cosillas* suele aplicar aquello de *quien roba a un ladrón cien años de perdón*, racionalizando que roba, pero que no es ladrón por ello, sino que ladrones son los otros porque cobran mucho, explotan a los empleados, son multinacionales, etc.

El zorro tampoco admite que se equivocó en la elección de la parra o que no saltaba lo suficiente para alcanzar la uva; por ello, ésta pasa de manjar delicioso a estar agria. O quien con treinta y tantos –y más, créanme– no se independiza económicamente de su familia nuclear porque el trabajo que dan es muy malo, porque te explotan, porque está lejos de casa... Se trata de racionalizaciones que, en definitiva y a menudo, encubren la realidad de un sujeto que no tiene valor para afrontar una vida adulta con responsabilidades.

Intervenir en deshacer una racionalización es una tarea harto complicada, puesto que el sistema de ideas que hay montado alrededor de ella es a menudo inflexible. El sujeto se cree que sus ideas de por qué no hace esta o aquella cosa son prácticamente verdades absolutas. Todo esto se complica si dicha racionalización está asociada a factores que impliquen ideas políticas, religiosas e incluso deportivas (en cuanto a los aficionados de un club se refiere). Se observa en dicha circunstancia que hay una gran variedad de incoherencias, ya que los argumentos para apoyar tal u otra cuestión terminan por no tener sentido.



Así, en la segunda guerra mundial, los nazis asesinaban por miles a los ciudadanos de los países invadidos –y a los del suyo propio– bajo la racionalización de que éstos eran inferiores y debían servir a otros fines de interés para la raza superior como ¡hacer jabón con ellos! que les debía de parecer de lo más sofisticado.

Intelectualización

Ésta suele confundirse con el anterior mecanismo; sin embargo, difiere en que la intelectualización tiene una mayor tendencia a anular la existencia de determinados afectos sentidos. Pongamos, por ejemplo, los celos, pero no como una mera negación, sino a través de una retahíla de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos; mientras que en la racionalización no hay una anulación tan activa, sino una necesidad de explicar el porqué de una conducta o motivación, justificándolo desde lo moral, racional e ideal.

En cuanto al tratamiento psicoanalítico, ya nos advirtió K. Abraham (1919) de un tipo de resistencia en la cual el paciente, a través de un lenguaje técnico, analiza todo desde la distancia intelectualizándolo. Cuando trabajo con mis pacientes, si éstos son estudiantes de Psicología o Medicina, les indico que al menos en el primer año y medio de su psicoterapia lean lo menos posible acerca del Psicoanálisis puesto que se observa frecuentemente como a través de determinados conocimientos que adquieren no se hacen cargo de determinadas circunstancias que les competen: “Es cierto, creo que me centro mucho en los estudios, porque desplazo mis complejos de inferioridad con mis hermanos a los resultados académicos para sentirme mejor”. Esto que a priori puede parecer una toma de conciencia por parte del paciente de una circunstancia de su vida puede ser un discurso intelectualizado y defensivo en el cual el sujeto dice la frase como un papagayo a través de unos conocimientos técnicos, pero sin sentirla en su interior para que mejore en su desajuste psicológico.

El terapeuta –por su parte– también puede incurrir en una intelectualización, en la contratransferencia que el analista tiene de su pa-



ciente. La *pseudo-contratransferencia* (Guerra Cid, 2001 p. 90) es el máximo exponente de esto, debido a que el terapeuta puede poner sus conocimientos teóricos a un servicio defensivo, ante una amenaza real o percibida por el paciente. Estos conocimientos técnico-teóricos aunque en principio no son emocionales, se pueden emocionalizar y convertir en una defensa. Esto tiene que evitarse en la medida de lo posible, puesto que se puede producir en el proceso terapéutico un efecto iatrogénico, es decir, negativo y contraproducente para el paciente.

En la vida cotidiana, la intelectualización se ve en múltiples circunstancias. A veces alguien con muchos conocimientos, por ejemplo, políticos, ante la circunstancia de no tener valor para salir a la calle a buscarse la vida, puede negar esta circunstancia, y desde un discurso marxista hablar de la explotación del proletariado, de que el empresario siempre gana y bla, bla, bla. Estaríamos ante la figura del *insoportable entero* que, aunque no hace nunca nada, todo lo sabe; en cambio, y por otro lado, nos encontramos con otros que no tienen ni pajolera idea (por no decir otra cosa) de lo que dicen, y todo lo convierten en un discurso falsamente intelectual, supuestamente erudito. En realidad, no saben ni de lo que hablan, ni lo que dicen. Son los ignorantes insoportables que parece que deliran más que intelectualizan.

Formación reactiva

Este curioso mecanismo consiste en la transformación de un sentimiento o actitud que le resulta intolerable a la persona en su contrario. Así, el individuo que odia a su suegra la agasajará con piropos y caros regalos transformando ese odio que para él es intolerable y que puede crearle más de un problema con la pareja, en un supuesto afecto al que le siguen estupendos presentes. Así que tenga usted cuidado si recibe a menudo regalos de alguien sospechoso, o... si usted también muestra que quiere mucho a alguien que no termina de convencerle.

Mediante el mecanismo defensivo de la formación reactiva se pasa del odio al amor, de las tendencias exhibicionistas a la timidez, o de lo que nos entristece a la burla, surgiendo incluso la broma maca-



bra. De ahí que se dé el humor negro, humor de acontecimientos catastróficos o de situaciones negativas para defenderse del auténtico sentimiento de dolor intolerable.

Dicho proceso se muestra también en las perversiones sexuales. Así, se dio el caso de que en una localidad de Estados Unidos (Tampa), un economista –que había organizado quejas y protestas contra la existencia de libros de educación sexual en las bibliotecas– fuera declarado culpable de haber abusado sexualmente de una niña de 8 años y de un adolescente (Papalia y Wendkos, 1987, p. 512). Los inaceptables impulsos sexuales con los niños fueron convertidos, mediante la formación reactiva, en una protesta para *proteger* a éstos de la educación sexual.

Aislamiento

Mecanismo defensivo a través del cual la persona separa el afecto y las emociones de las experiencias que ha vivido, las aísla como si no fueran suyas. De esta forma, en psicoterapia podemos observar como una paciente nos cuenta un episodio en el que abusaron de ella sexualmente como si de una película se tratara. Aislar el afecto negativo de esta experiencia le proporciona una salvaguarda para atenuar el efecto que hace en su psique.

El aislamiento es también un mecanismo prototípico en la neurosis obsesiva. El obsesivo narra los acontecimientos aislando continuamente las emociones asociadas a los diferentes hechos que ha vivido planteando un discurso *plano*, una forma de hablar monocorde.

Conversión

Proceso a través del cual, y en virtud de una represión previa, la persona convierte el afecto reprimido (que le es insoportable de tolerar) en un problema físico como puede ser la inmovilidad de un brazo, la pérdida de la voz, dolores difusos, pero sin que medie daño físico ninguno.

La conversión es un mecanismo que se encuentra en la psicopatología llamada *histeria de conversión*, en la cual se observan los fenó-



menos que acabamos de describir. Al fallar el mecanismo de la represión, lo reprimido retorna convertido en un problema en el soma (es decir, en el cuerpo), aunque ante pruebas médicas no se halle nada; esta falta de datos es una constante en la conversión.

Así, algunas de las denominadas cefaleas –más conocidas como dolores de cabeza– que son recurrentes y se convierten en verdaderas jaquecas son estudiadas una y otra vez desde un diagnóstico neurológico no encontrando ningún problema en el nivel físico, pero el dolor está ahí porque la persona no está simulando. El síntoma conversivo encubre algún aspecto simbólico que lo mantiene.

Supongamos, por ejemplo, que un individuo ante la pulsión agresiva de propinarle un puñetazo a su hermano reprime esta acción por considerarla como inaceptable; en dicho caso, el síntoma conversivo podría ser un dolor punzante y constante en su mano derecha. ¡Qué decir de problemas sexuales en los que sólo hay un problema psicológico como el vaginismo femenino o la impotencia masculina! Este último se podrá mejorar con más psicoterapia y menos viagra; con más autoconocimiento y afrontamiento de uno mismo y menos ingesta de fármacos.

Como veremos más adelante, ha de diferenciarse la histeria de conversión o el trastorno de conversión de la enfermedad psicósomática. En este último caso, aunque median elementos psicológicos, el daño físico existe y, por tanto, la persona aquejada tiene úlcera, taquicardias, incluso un proceso de cáncer...



2

LA ENVIDIA Y LOS CELOS

De la envidia nacen el odio, la maledicencia, la calumnia, la alegría causada por el mal del prójimo y la tristeza causada por su prosperidad.

S. Gregorio Magno, *Mor.* 31,45.

1. Envidia e ingratitud

Baja pasión, infructuoso sentimiento y pecado capital, la envidia y la circunstancia en ocasiones asociada a ésta, los celos, son desde que Caín mató a Abel, es decir, desde los albores de la humanidad, una lacra que corrompe, amarga y destruye a las personas. Estas dos desvirtudes de las que voy a hablar en el presente capítulo están, sin duda, presentes en la mayor parte de los episodios ruinosos de las vidas de mucha gente; del envidiado, porque puede ser gravemente perjudicado por serlo, y del envidioso, por ser un títere a merced de sus mezquinos pensamientos y afectos.

Siempre hay y habrá negadores, como en todo, que nunca admiten ni siquiera la existencia de este impulso destructivo, justificando actitudes y hechos. Esta negación no es más que una defensa contra algo que probablemente saben que es muy real, porque les quema en



sus propias carnes, o porque es más bonito y económico (en términos de economía de energía psíquica) pensar que *Todo er mundo e güeno* como rezaba el título de la película de Summers.

Es una discusión filosófica muy densa el plantear si la envidia es una circunstancia que se desarrolla en el ser humano esporádicamente o si, de algún modo, está siempre latente y ha de ser *domada* para ser más feliz cada uno consigo mismo; o si el envidioso nace o se hace. Al respecto, una de las teorías de la formación de la envidia más controvertida y polémica fue la de la psicoanalista precursora de la teoría de las relaciones objetales, Melanie Klein, la cual habla de la envidia como una circunstancia que se da en el desarrollo evolutivo del ser humano, que es intrínseca a su naturaleza y que ha de superarse para un correcta evolución mental (1957).

Klein opina que el bebé hace una escisión del primer objeto humano de importancia, la madre, y lo hará del canal que le proporciona la supervivencia, el pecho. Así, para el recién nacido habrá *pecho bueno* cuando se le de su leche con calma y calidad, y habrá *pecho malo* cuando esto no sea así.

A partir de su trabajo en psicoanálisis de niños, psicoanálisis de adultos y algunas matizaciones e innovaciones de las teorías de Freud y Abraham, la autora concluye que el primer objeto envidiado por el ser humano es el *pecho bueno*, dador de alimentación, dador de la preservación de la vida y el cariño, y vivenciado como protector. Y en la correcta o incorrecta capacidad del niño para internalizar este pecho bueno influye: "*Si la madre goza ampliamente con el cuidado del niño o sufre ansiedad y tiene dificultades psicológicas con la alimentación*" (1957, p. 184).

El deseo del niño será, por tanto, ser poseedor de dicho objeto para autoabastecerse, pero también siente el deseo de dañar los aspectos positivos que éste tiene. He aquí el proceso de envidia primaria, que en un desarrollo evolutivo posterior puede subsanarse o en cambio convertirse en envidia patológica.

Quizá puede que esta teoría le parezca demasiado dura, y en cierto modo es normal porque, de primeras, las explicaciones que arguye



la autora rompen con la visión de un bebé pasivo, ya que al menos desde su psique hay una importante actividad mental que incluso para algunos se considera siniestra. Tan controvertida es dicha teorización que no es compartida por autores que también pertenecen a las teorías de las relaciones objetales, en la reformulación que de estas teorías hace la escuela inglesa (Winnicott, Balint, Guntrip...). Básicamente porque para Klein, la envidia es endógena, es decir, estaría dentro de nosotros desde que somos tiernos bebés, pero no se tiene en cuenta que la envidia aunque sea algo primario también venga dada por problemáticas del ambiente, por ejemplo, frustraciones en el bebé o problemas desde el parto que lleven al pequeño a envidiar tan activamente. Precisamente, en esa dirección van los autores de la escuela inglesa, en que la cuestión principal por la que el bebé puede realizar o sentir impulsos agresivos es por problemas del ambiente en el que se desarrolla.

Como señalan algunos autores (Ferenczi, 1913; Rank, 1924), el hecho de nacer es ya el primer acto frustrante para el individuo, es lo que se denomina *el trauma del nacimiento*, por lo cual el bebé –en una desmesurada oralidad (como buen bebé que es)– no tolera la frustración de no estar provisto de manera constante –como estaba en el útero– de calor, protección y alimentación a través del cordón umbilical, por lo que su deseo será el de seguir siendo abastecido continuamente, y desde aquí podrían producirse frustraciones que le lleven a envidiar esa fuente de nutrición que posee la madre para sí mismo.

Parece más completa esta teoría apoyada en la constatación de que el niño observa un pecho bueno, del que luego puede tener envidia a partir de la atmósfera donde éste se cría, que decir que la envidia es instintiva, endógena.

De todos modos, sea como fuere, si la envidia está instaurada, Klein señala que uno de los principales aspectos que la desbancarían en el niño, sería un sentimiento de gratitud ante lo que recibe por parte de la madre, introyectando objetos buenos de un modo constante. Este elemento está íntimamente ligado a la generosidad. Cuanto mayor se siente el objeto como bueno, mayor capacidad hay de compartir. Desgraciadamente, en personas mezquinas y envidiosas no



hay gratitud, sino cada vez más ingratitud, más necesidad de atacar lo bueno de otros y de menospreciar la riqueza del prójimo que le rodea, bajo un lema inconsciente bastante claro para con el entorno: *envidia e ingratitud*.

En conclusión, sea innata o no, se puede decir que, en cierto modo, desde muy pequeños podemos experimentarla, convirtiéndose en un sentimiento más mezquino cuanto mayor es la persona, si no ha superado con garantías, determinadas circunstancias que le lleven a tolerar la frustración. Porque en definitiva, eso es lo que constituye al envidioso, ser un frustrado amargado, ante las tesituras en las que le ha puesto la vida. Por supuesto, cada uno de nosotros tiene un umbral, un límite de frustración a partir del cual no toleramos más; dependiendo de cómo haya sido la historia de cada uno, este límite será mayor o menor.

Referido a este cometido, he de comentarle que –en general– la tolerancia a la frustración en la sociedad actual es bastante baja, y si no, hágase la pregunta de por qué a partir de la creación por parte del hombre de los últimos artilugios tecnológicos –que en un principio servían para la comunicación y el ocio– se convierten en un problema. Los psicólogos y psicoanalistas tenemos que incidir cada vez con mayor frecuencia en estos enganches que son categorizados como adicciones a internet o videojuegos de salas o consolas.

Y qué decir, también, de la intervención de la mano del hombre en la manipulación de sustancias que son utilizadas en el consumo abusivo cada vez más preocupante como el éxtasis, amén de las más clásicas en uso como el alcohol o la marihuana, entre otras drogas. Tareas, como usted verá a través de una leve reflexión, encaminadas a eludir en mayor modo la realidad. Son ejemplos que muestran cómo la naturaleza humana es destructiva para sí misma, y antes o después se le van las cosas de las manos, puesto que lo que en un principio era para mejorar la comunicación se puede convertir en el primer elemento de la incomunicación (pasa en muchas parejas que se rompen, porque un miembro está todo el día en el chat); o lo que era una sustancia de experimentación termina matando cada vez más individuos.



Retomando la cuestión que nos atañe, se observa que uno de los principales problemas del envidioso es su frustración, la cual aumenta al ver que el otro tiene lo que él anhela, queriéndose convertir –a menudo– en lo que es la otra persona. Pero como el ser humano es concreto y único en cada uno de sus individuos, esto nunca se da, y el envidioso, por tanto, trata de perjudicar, de destruir⁸ a aquel que tiene algo deseado por él con demagogias, con maltrato psicológico –incluso físico– o con acciones que le perjudiquen por nombrar las principales artimañas innobles utilizadas.

Por otra parte, no caiga usted en el fácil error de creer que el envidioso envidia sólo cosas materiales, que es el ejemplo más manido del que en el lenguaje de la calle se suele hablar: “Le cogió envidia desde que se compró aquel coche tan bueno” o “Me envidia porque me han ascendido en el trabajo y tendré una mayor calidad de vida”.

El envidioso desea más las cualidades de esa persona; por ejemplo, la bondad, la inteligencia, el ser un avezado y voluntarioso trabajador, el respeto..., aunque luego, en una racionalización, parezca que sólo esté interesado en que éste o aquél tienen más dinero o un mejor puesto social, lo cual le reporta el no darse cuenta, a su vez, que lo que anhela es ser otro con otras cualidades de carácter. No es tanto el *cochazo* o la mansión que el otro tiene lo que le produce conflicto al que envidia, sino lo que ello simboliza; por ejemplo, el poder que le lleva a comprar un coche caro o la imagen social que ello le reporta, para sentirse admirado y atendido por los otros. De este modo, puede darse una doble negación: primero, de que siquiera se envidie, y, en segundo lugar, si esto se reconociera, se diría que se envidia solamente lo material, no las virtudes de esa persona.

Pudiera ser que hubiera personas que se quedaran en lo puramente material, pero –a mi entender– han de ser sumamente primiti-

8. En múltiples textos de la teoría de las relaciones objetales se suele hablar de *arruinar*. Utilizo preferiblemente el término *destruir* porque éste tiene un matiz de voluntariedad a diferencia de *arruinar*, ya que se puede arruinar por causas circunstanciales e involuntarias. La destrucción del envidioso que mencionamos es a menudo voluntaria.



vas en cuanto a personalidades poco elaboradas y muy centradas en lo que se ve y toca, como pueden ser personas de baja cultura o con escasa capacidad para valorar otros referentes humanos que escapen de lo material que ellos pueden poseer.

En otro orden, es curioso en el envidioso que argumenta, por regla general, que el envidiado tiene muy buena suerte en lo que consigue (así le desvirtúa su logro), en cambio él es un desgraciado con mala suerte.

Pero no existe tal mala suerte en muchos de los que se quejan de esto, porque, por ejemplo, la pareja les deja puesto que no son capaces de establecer lazos afectivos de garantía; el negocio o las empresas que llevan a cabo, así como los empleos, terminan mal, pero no porque la suerte les abandonara, sino porque no contaron con variables de la realidad para llevar a cabo los cometidos, y sólo se guiaron por el impulso de *ganar pasta o mejorar la imagen y ganar prestigio*.

El hecho de que el envidioso reaccione así no es más que otro ejemplo claro de su tendencia a la destrucción de los bienes de los demás, sean materiales o espirituales. Todos tienen lo que tienen inmerecidamente porque son *hijos de papá*, porque *tienen mucha suerte en la vida* o, finalmente, porque *lo que tienen se lo han dado, porque son tan inútiles que no podían haber funcionado en la vida por sí solos*.

Y créame usted, la envidia sana no existe; envidia sólo hay una y es patológica. Es una *enfermedad* del deseo, y nunca es ni saludable, ni amable, ni benevolente. La envidia es un sentimiento tan bajo que puede llevar al envidioso a fantasear o a desear abiertamente que el envidiado sufra un daño físico o incluso que se muera (Castilla del Pino, 2000); en este sentido, es un sentimiento psicótico por cuanto niega la existencia de aquel ser o seres humanos que son envidiados.

Por tanto, eso con lo que algunos justifican tener una envidia sana en ocasiones puede encubrir de modo cínico un odio tremendo, el cual, inconscientemente, va encaminado a tratar de perjudicar al otro. Si lo que uno siente por otro, por ejemplo por un profesor, es admiración y deseos de parecerse en algunos detalles a él, no es envidia sana, sino una fascinación que mientras esté adaptada, irá en beneficio de



quien siente ese afecto, puesto que le impulsará a tener un mayor crecimiento personal mediante una adaptada identificación. Ahora bien, si con el tiempo se va a convertir en querer suplantarle o echarle de su sitio, la envidia ya habrá hecho acto de presencia. Sería parecido a aquella metáfora antropológica freudiana de *Tótem y tabú* en el que los hijos quieren comerse al padre, para poseer las mujeres de la tribu, aunque en este caso no es una cuestión sexual la que lleva a la matanza simbólica, sino una lucha por incorporar el poder, el saber o la virtud del otro anhelada.

2. Celos, rivalidad fraterna y complejo de Edipo

No se debe confundir la envidia con los celos. En la primera, como hemos visto, se tiene un deseo de poseer lo que tiene el otro, con matices destructivos y mezquinos; suelen ser relaciones diádicas, de dos; mientras que en los celos siempre han de ser al menos triádicas, de tres, ya que se tienen celos siempre al menos de un tercero que es con el que se vive la rivalidad de este afecto. Juan puede tener envidia de su hermano José, pero no necesariamente celos; para que esto ocurra tiene que haber un tercero, por ejemplo un padre, que atienda más a José, por lo cual –ahora sí–, Juan puede sentir celos de que a José le quiera más su padre, que es el tercer elemento que crea la relación triádica.

En los celos se halla implícita la envidia (Klein, 1957) y los sentimientos hacia las personas que se encuentran en la situación son ambivalentes. Si una mujer está enamorada de un hombre con pareja, estará celosa de esa relación, envidiará a esa mujer y tendrá pensamientos destructivos hacia ella; pero, también, sentimientos de culpa por tener esa tendencia agresiva contra esa mujer. Del mismo modo, repetirá la secuencia con el hombre amado, puesto que aunque le profese sumo amor, también tendrá arrebatos de pesadumbre contra él, al menos en el nivel inconsciente, por no corresponderla en ese sentimiento.

Es muy conocido el ejemplo de los celos de pareja, pero estas interrelaciones también se dan entre hermanos, como estudió Luis Corman, en lo que él definía como *psicopatología de la rivalidad fraterna*.



Anteriormente, esta situación fue descrita como moldeadora del carácter por Alfred Adler (1918), en cuanto a la importancia del lugar que el neurótico ocupara dentro de la saga de hermanos.

El hermano mayor tiene por regla general un sentimiento de ser superior en determinadas facetas (fuerza, inteligencia, mayor autoafirmación...) respecto del otro u otros hermanos. El menor, precisamente por estos elementos, tendrá una tendencia mayor a querer sobresalir, a querer equiparse con el mayor o los mayores, necesitando luego compararse, competir o calibrar las fuerzas con ellos. Si la vivencia que tiene del resultado de esta comparativa es que es inferior de modo hiriente para su estructura de personalidad puede tender a adoptar una actitud envidiosa. Por último, el hijo único típicamente más mimado, crea una mayor necesidad de atención que en los otros. Además, debido a un aislamiento más acusado en relación con familias de más miembros, tiene mayores dificultades de encontrar su sitio en el mundo social.

En el caso de que haya más de dos hermanos, el menor de todos, según Adler, será menos seguro, no teniendo confianza en cumplir con las acciones de importancia que han realizado lo mayores. En su beneficio está el ser el centro de la familia recibiendo cariño de todos sin tener que hacer mucho al respecto.

Para Adler, los niños que perciben más su superioridad tienen una capacidad incluso conciliadora, pero esto puede que no sea tan favorable como parece. Esto se fundamenta por el fenómeno de *familia con soporte*, donde el hermano, normalmente mayor, tiene unas funciones que no corresponden ni con su edad ni con las tareas que debe realizar. Estamos hablando del *niño parentalizado* (De Santiago, Fernández Guerrero, Guerra Cid, 1999), al que, por ejemplo, con seis o siete años se le deja al cargo de los otros hermanos mientras los padres se encuentran ausentes bien por cuestiones laborales o, en los peores casos, porque estén enfermos o sean drogodependientes.

Al respecto de los primogénitos, Corman señala que son los más perturbados por la rivalidad entre hermanos (1974). Además, el hecho de que haya disfrutado durante un tiempo de ser el hijo único



le puede llevar a una difícil situación por tener posteriormente que compartir las atenciones familiares y los distintos medios de sostén que proporcionan. Todo esto será más problemático en la medida en que el hermano mayor vaya teniendo una edad en la que se le exija ser maduro dentro de sus posibilidades.

Ha de añadirse otra problemática en la que se ven perjudicados los hijos menores (y de rebote, los mayores), y que proviene de la comparación que los padres hacen de los hijos durante toda una infancia y adolescencia (o toda la vida): “Juan es más listo que Pedro”, “Marta es más despierta y trabajadora que Bea”, “El mejor de los tres siempre fue Joaquín...”. Se trata de circunstancias que marcan a menudo a los hijos comparados y etiquetados: los que son *mejores* por tener que dar ejemplo –además de tener que mantener dicho estatus– y los que salen *peor parados* en la circunstancia descrita, porque están orientados y marcados a ser menos de por vida.

Y esto ocurre. Muchas veces los padres y los tíos (puesto que también se suelen hacer comparaciones con primos) dicen que se hace *a la buena* y que *no pasa nada*, afirmaciones que demuestran que la estupidez no tiene parangón, ya que la verdad es que pueden destrozarse de por vida el carácter propio y real que esas personas –continuamente cotejadas con los otros– tenían. La propia experiencia y la de otros muchos psicoanalistas así lo demuestran, puesto que las consultas y clínicas psicoterapéuticas están llenas de personas a las que siempre se las comparó y que guardan buenas dosis de celos y envidia, cuando no odio, a los padres o familiares por haberles sometido a tanta equiparación.

Pero, igualmente, otros elementos sociales del entorno a veces se equivocan y traumatizan al niño por las comparaciones que se hacen de él con respecto de sus hermanos, tal y como ocurre cuando el hermano pequeño va a la misma escuela que los otros, y los profesores, curso por curso, lo van comparando y poniéndole en la disposición de que tal o cual hermano hizo esto o aquello, o sacaba estas notas u otras. Si el niño no es capaz de alcanzar esas expectativas, su sufrimiento está garantizado y su complejo de inferioridad a menudo irá a más.



En la obra *El carácter neurótico* (1912), Adler comenta –a colación de los celos– que el niño pequeño se quiere asemejar a uno de los mayores ya que siente envidia de los valores que le son otorgados a éste, como pueden ser acostarse más tarde, hacer más viajes..., lo cual no hace sino más que acentuar su sentimiento de inferioridad. En ocasiones, esto se resuelve mediante una actitud pseudomasoquista, que se transforma en una enfermedad del pequeño siendo así el centro de atención, es decir para *llamar la atención* como comúnmente se oye.

Para Corman, en las rivalidades dadas entre hermanos se observa la utilización de mecanismos de defensa, los cuales, en definitiva, tratan de atenuar las manifestaciones afectivas de corte negativo (celos, envidia, odio...) hacia el hermano sin que la autoridad, a menudo encarnada en los padres, se de mucha cuenta de esto. Así, por ejemplo, el hermano que quiere pegar a otro no lo hace por ser demasiado evidente su agresividad, y desplaza el objeto de agresión hacia el juguete o muñeco favorito de dicho hermano que *por casualidad* se puede romper accidentalmente. Asimismo, muchas mascotas sufren la ira del niño que descarga su agresividad, incluso física, sobre el perro de la familia, mostrando una inusual cólera hacia el animal.

El autor no sólo anuncia la intervención de este mecanismo, sino que expone una amplia lista de procesos; por ejemplo, la represión de la hostilidad hacia el hermano, la cual hace que el niño en vez de mostrar su rivalidad, sus celos y su agresividad, pierda totalmente sus capacidades competitivas, siendo un continuo perdedor que fracasa sistemáticamente en todo lo que emprende.

Otro mecanismo es la formación reactiva que transforma de modo inadecuado el odio en una dulzura que borra todo rastro de capacidad, incluso la de defenderse, o hace del niño desordenado un auténtico obseso del orden y la limpieza. Por supuesto, también se halla el mecanismo de la regresión en algo de lo que ustedes habrán oído hablar muchas veces, en una circunstancia en la que el niño actúa como un bebé y, por ejemplo, vuelve a hacerse pis en la cama o sufre de unas rabietas propias de una etapa anterior de su desarrollo. Entre



otras muchas defensas utilizadas, se puede observar la negación de los sentimientos hostiles, volver contra uno mismo la agresividad o el aislamiento.

Todas estas circunstancias que hemos ido describiendo y que se dan entre hermanos pueden seguir aconteciendo en la adultez, si el desarrollo de la persona y la educación no han mediado para que estos comportamientos cedan. De hecho, existen relaciones enfermas entre hermanos en las que los celos y las envidias son una constante que los lleva incluso a destruirse.

Las relaciones entre hermanos también pueden conllevar deseos muy oscuros. Sara es una mujer de 21 años; es la menor de tres hermanos. Siempre ha sentido que no ha llegado a las cotas de los otros dos, aunque a menudo lo ha intentado, pero sus padres le señalan cómo ha sido siempre la que ha tardado más en aprender las cosas. Una de sus hermanas sufre una enfermedad física crónica y muy dolida me explica en una sesión: “Nos domina a todos en casa; por regla general, es ella la que manda, aunque los demás no se dan cuenta”. Ante la confrontación de que ella se siente en realidad triste porque no es ella la que domina la situación, comenta: “A veces pienso, si se muriera..., porque la verdad es que nos lo está haciendo pasar mal”. En ese momento del discurso, realmente siente contra ella un impulso destructivo que proviene de los celos sentidos, y ante la frustración del entorno que no hace sino señalarle su torpeza, se ve la transformación de los sentimientos competitivos y de superación en envidia y celos.

Sin embargo, la mejora no dependerá de que rompa los lazos con la familia de modo definitivo, como algún lumbrera pudiera pensar (e incluso muchos así lo aconsejan en ocasiones), sino que es más adaptativo, y por supuesto más duro y complicado para la paciente (como en realidad lo fue en este caso), el autoasumirse como lo que se es y liberarse de la visión que su familia tiene de ella, descubrir su propia imagen, así como la auténtica verdad sobre quién es y qué puede hacer realmente con sus habilidades y capacidades de desarrollo. Por supuesto, el abandono de los sentimientos negativos (envidia, celos, rencor...) y la apertura hacia la comprensión del entorno familiar dota-



do de una nueva significación más real sería definitivo para la clara mejora del estado de ánimo de la persona inserta en esta tesitura.

Los celos y la envidia también se sufren en las relaciones tempranas con los padres, en la tan celebrada tesitura psicoanalítica del complejo de Edipo; aunque no crea usted que estos sentimientos se producen en esta dirección, ya que los padres también pueden profesar oscuros sentimientos hacia sus hijos.

Cencillo (2001b) comenta un caso en el cual tuvo que hacerle ver a su paciente que tenía envidia de su hijo –¡de tan sólo dos años!–, la cual era producida fundamentalmente, porque éste se parecía en determinados rasgos del carácter a sus cuñados a los cuales tenía gran manía. En otro sentido, cuando una pareja tiene su primer hijo, hay una mayor probabilidad durante ese primer año de que la relación se rompa, e incluso de que el marido tenga aventuras con otras mujeres por los celos sentidos de la relación de la mujer con el niño (Eia Asen y Tomson, 1997).

En mi opinión, muchas de estas situaciones de celos vienen dadas, en gran parte, por una mala superación de la fase edípica, donde el niño o la niña debió de aprender la frustración que supone el existir en una relación percibida de *a tres* (niño-padres) en cuanto a que siempre habrá más amor entre dos de los tres aunque al tercero también se le quiera. Pensar que el amor sería equitativo es cuanto menos ingenuo e idealista. Además, por supuesto que los hijos que no son únicos y tienen hermanos deben, asimismo, superar los celos y las rivalidades con ellos.

3. “Si lo envidio es por culpa suya”

Este podía ser un perfecto eslogan del envidioso patológico, el cual no asume nunca sus afectos y deseos negativos negándolos, racionalizándolos y proyectándolos. Así que un individuo con celos y/o envidia, como poco es un ser amargado incapaz de autoposeerse, al cual habría de aplicársele, reformulado, el célebre refrán con un “Dime qué envidias y te diré de qué careces”, porque el envidioso no



tolera que el otro tenga –aunque en realidad no lo tenga, y esto ya es paradójico– aquello que cree que sería extraordinario tener; como no lo posee, intentará destruirlo.

No se puede ser tan reduccionista como para pensar que solamente lo edípico explica estas temáticas, pues también se puede aprender a ser envidioso en una larga tradición familiar de envidiosos criticones, capaces de desmontar en dos frases lo mejor de las personas envidiadas. De hecho, nos hemos encontrado muchos pacientes (y no pacientes) con una gran dificultad en abandonar un discurso familiar en el que se infravalora al envidiado. De esta forma, estas personas se han acostumbrado a agredir de pensamiento, verbo y acción a todo aquel que tiene aquello de lo que ellos carecen y que –reiteramos–, a menudo, va a estar oculto en un bien tangible como puede ser el dinero, pero que está encubriendo otro tipo de carencias, como pueden ser la imagen que al envidioso le podría dar o cree que le podría dar tener ese dinero, como serían el respeto, la fama, el poder...

Y si es tan superficial y poco sofisticado para anhelar sólo lo material es a menudo también un negligente consigo mismo, dado que a buen seguro puede gastar y quemar sus recursos económicos y energético–vitales en tareas más bien improductivas como salir de marcha continuamente, pedir créditos para irse de vacaciones o de *punteo* y, en definitiva, vivir con un dinero que no es suyo y mantener continuamente un estatus que está por encima de sus posibilidades. Al mismo tiempo, envidia las *cuatro cosas* que cualquier otro puede tener, pero que ha obtenido con un esfuerzo, un ahorro y una demora de la gratificación –suficiente y necesaria– para, al menos, no tener deudas, tema éste que también quema al envidioso, porque denota unos rasgos de personalidad que él no tiene.

La educación temprana de muchos niños malcriados ha tenido buena parte de culpa en que esto se dé, pero no toda, porque la persona –en último término– puede variar el rumbo de sus sentimientos oscuros, si ve los defectos propios y los bienes ajenos sin negarlos.

Por otra parte, y en relación directa con este aspecto que se trata, si tomáramos en cuenta el término de Cencillo de *perdidizo* (2002 b),



podríamos decir que el envidioso es perdidizo, puesto que en realidad no sabe vivir. Los perdidizos son personas compulsivas, enganchadas a distintos impulsos que se traducen en juego patológico o sexualidad desorganizada, por ejemplo. La constante de los perdidizos es encontrarse desubicados en la existencia y en la responsabilidad que les toca vivir y llevar a cabo.

Esta cuestión coloca al ser envidioso en la tesitura del perdidizo, puesto que es compulsivo en cuanto que desea lo que los otros tienen para sí. Es como una patología de tener lo ajeno, sin caer en la cuenta de que, en la mayor parte de los casos, eso es una tarea casi imposible.

Los procesos identificativos que se patologizan pueden encadenarse en una circunstancia donde la envidia y la rivalidad con el otro son una constante. La identificación extrema sería una circunstancia en la que esto se da; es el caso de quien quiere alcanzar los logros, valores y/o propiedades del otro, a través de una burda imitación. Este hecho esconde una inseguridad primitiva y una necesidad de que se palie la ansiedad sufrida, es decir, algo que se arrastra desde la más tierna infancia y que bien podría tener que ver con el fenómeno de la *identificación adhesiva* (Metzler, 1967 y 1975) que puede provocar (en el que se trata de copiar) verdaderos quebraderos de cabeza y resultarle insoportable.

En un principio, el ser humano –bebé todavía– tiene una necesidad de solaparse simbióticamente con la madre que le cuida, para atenuar las ansiedades que percibe (identificación adhesiva). Por supuesto, nosotros nos estamos refiriendo más a una personalidad adhesiva, en el sentido de la fijación que dicho carácter puede generar respecto de uno o varios congéneres, tratando incluso de ser ellos, más que parecerse; por lo cual ya no habría identificación adhesiva, sino identificación proyectiva, puesto que se desearía introducir partes de sí mismo en el otro para llevar a cabo un control y un dominio exhaustivos. Es decir, que ya no se trataría tanto de pegarse al otro, sino de querer proyectarse dentro, para ser él y manejarle a su antojo.



De todos modos, con esta adhesividad me refiero más concretamente a ese tipo de personalidades dependenciales que acosan a quien pretenden imitar de modo constante, demostrando una enorme inseguridad que les hace ser otros; desde luego, no ellos mismos, porque en el proceso de copiar constantemente al otro, se convierten en una mala copia, esto es, de una insoportabilidad acuciante para quien sufre esta circunstancia.

Ante una personalidad tan siniestra y con tanta amalgama de malos pensamientos hacia los demás, ¿es rehabilitable el envidioso? Algunos, como Castilla del Pino, opinan que la envidia es “crónica e incurable” y que “dura toda la vida del envidioso” (2000, p. 318). En nuestra opinión, existe cierto margen de confianza para pensar que, de algún modo, el envidioso puede dejar de comportarse como tal, al menos en buena parte. Eso sí, para dejar de serlo, tendrá que asumir mucho, incluso más de lo que quisiera. Tendrá que afrontar sus inferioridades y complejos y, sobre todo, descubrir la propia verdad de quién es: una identidad concreta que ha de autoasumirse y comprender en sus limitaciones, pero sin atacar a los demás por poseer aquello que a él le parece que le limita.

Es, en definitiva, un proceso de rehabilitación y de reubicación psíquica semejante al de cualquier ser humano aquejado de desajustes, que conllevan el ser portador de afectos, en definitiva, negativos para él. Igual que el fóbico tiene que afrontar sus inseguridades, miedos difusos y una personalidad débil para comprender el desplazamiento que hace de todo esto sobre un objeto, el envidioso –en semejante manera– tiene que darse cuenta de que es o ha sido poco bondadoso, poco inteligente, bajo, poco atractivo, sin recursos económicos... o que incluso todo esto es relativo en él, pero se ha infravalorado constantemente tratando de reflejarse en el espejo de los otros, que nada o poco tenían que ver con su identidad real y específica.



3

EL ODIO

Hemos de comenzar a amar para no enfermar y enfermamos
en cuanto una frustración nos impide amar.

Sigmund Freud, 1914.

1. Odio y fragilidad

El odio, también denominado a menudo ira, es otra de aquellas *virtudes* humanas que destrozan la reputación de nuestra especie. Este afecto mucho más universal que la envidia –en cuanto a la percepción que se tiene de sentirlo– es un sentimiento más vivido y comúnmente más observado. No todo el mundo siente la envidia de manera intensa o ni siquiera la vivencia, por ser prácticamente inocua en esa persona; sin embargo, el sentimiento de odiar a alguien o a algo es una circunstancia autopercebida de manera más común.

Así, se puede decir: “Me dio tanta rabia aquello que me dijo, que lo hubiera matado”; breve lapso de odio o situaciones más duraderas, mantenidas en el tiempo cuando alguien se siente vejado en una circunstancia concreta: unos cursos escolares, el servicio militar, un trabajo en el que se le hizo la vida imposible. Con todo esto se quiere decir que una de las principales causas que movilizan el odio en las



personas es que se perciba una humillación que ataque a la imagen del sí-mismo que tienen, la que creen que tienen o la que les gustaría tener.

El odio es un afecto negativo opuesto al amor. Es un sentimiento que va desgastando a la persona, dado que sólo desde los sentimientos de cariño y amor, de querer y ser querido, el ser humano puede realizarse al menos en parte, dado que su naturaleza le lleva a ser inconformista. Por ello, quien vive en la vorágine del odio, el rencor y la ira difusa ante el entorno, no disfruta de nada, se siente a menudo resentido con el ambiente y la situación. Nada le llena, todo es odioso. La persona está aquí, sin duda, en pleno proceso de destrucción de sí misma.

Al igual que ocurría con los celos y la envidia, el odio también puede ser sentido dentro de la familia. En nuestra experiencia terapéutica observamos cómo en ocasiones hay personas que sienten buenas dosis de ira contra miembros de la familia. El número uno en el *Top ten* de los más odiados suele ser el padre, por cuanto típicamente es la figura de autoridad que a menudo dispone y prohíbe cuestiones diversas. Esto es, sin duda, bastante duro. Nos encontramos con muchos relatos en los que los pacientes –de niños– sentían un gran temor contra el padre, sobre todo, cuando éste había practicado castigos físicos o había dispuesto una serie de normas cuya justificación era *porque sí* y *porque lo digo yo*. Muchos se han sentido atacados y han albergado grandes sentimientos de odio que les han llevado a devolverles una bofetada, amenazarles con golpearlos e incluso planear de un modo imaginario cómo asesinarlo o fantasear con su muerte física.

Itziar, una paciente de 34 años que sufría crisis de ansiedad que después cedieron hasta niveles que le permiten llevar una *vida normal*, llevaba año y medio en tratamiento eludiendo siempre hablar de su familia. Todo se centraba en el trabajo y en los problemas derivados de éste, así como en sus constantes problemas con su pareja. En una ocasión, un compañero de trabajo le trató de modo *inapropiado y mandón*, y eso le recordó al tipo de relación que mantenía con su padre en la adolescencia quien la insultaba y golpeaba por no hacer las cosas como él quería. En esa sesión entre rabiosa y afectada comentó:



Un día llegué a comer más tarde de lo normal, porque me había entretenido con unas compañeras del instituto. Cuando volví, todos estaban en la mesa, mi padre comentó: “¡Vaya! ¡La niñata ya llegó! ¡Ven aquí que te voy a dar un bofetón para que aprendas!”. No sé que me pasó, pero empecé a sentirme muy enfadada; tanto, que deseaba matarlo allí mismo. Así que cogí la fuente sobre la que estaba la comida y le dije: “¡Cómo te atrevas a hacerme algo te la rompo en la cabeza!”. No podía controlarme. En aquel momento creo que lo podría haber matado. Cada vez que me acuerdo, me enfado muchísimo.

A partir de este momento, se abrió el camino más seguro para elaborar sus problemas. Cedió el nudo que hasta entonces no se desentrañaba y que le iba a permitir expresar múltiples sentimientos enquistados. Aquí se observa algo más común de lo que parece: un sentimiento negativo, iracundo contra el padre, que parece más intenso en las mujeres que en los varones, y que, sin embargo, ellas parecen tener más facilidad para elaborarlo, abandonarlo y tener una visión más objetiva de él.

No tiene por qué llegar a los extremos del ejemplo que he propuesto, pero sí que es cierto que, en múltiples ocasiones, las personas no se sienten valoradas por sus padres; incluso pueden llegar a percibir que no son apoyados y que son juzgados; lo cual, a su vez, los coloca en una posición de rencor que paraliza la relación familiar, cuando no las relaciones que se mantienen fuera de ésta –incluidas las de pareja– que se ven de manera común contaminadas por las mismas pautas afectivas y de comunicación mantenidas años atrás en el entorno familiar.

El ejemplo anterior muestra cómo no basta solamente con recuperar lo reprimido, puesto que esta paciente tenía olvidados esos sentimientos de rechazo y odio hacia el padre que eran constantes desde cuando era niña. Con darse cuenta de esto, ninguna persona está completamente ajustada sino que es fundamental que haga una posterior elaboración que dote de una nueva significación más objetiva las relaciones.

Por ello, en muchos de estos casos, hasta que no se disipa el odio contra el padre y se le comprende observando que, en realidad, se es



más querido de lo que parecía y que ciertas prohibiciones realizadas, en definitiva provienen de su propio parecer, su educación e incluso su psicopatología, no suele haber una mejora a nivel psicológico, dado que la persona tenderá a transferir esos sentimientos patológicos al resto de los miembros de su entorno social. Tampoco es cuestión de que la persona tenga que terminar amando al padre, pero al menos es una garantía para su salud global el *hacerse cargo* de muchos de los sentimientos que tiene hacia él.

Asimismo, en las personas puede haber grandes sentimientos de ira contra la madre. En este caso, los motivos no suelen ser por un castigo físico o por una disciplina férrea, sino por la manipulación con la que han intervenido sobre el padre y /o los hermanos de esa persona, para perjudicarla. Se trata de manipulaciones como el chantaje afectivo: “Si no haces esto o aquello, demostrarás que no quieres a tu madre”; desde la enfermedad: “Me he vuelto a poner enferma por el disgusto que me has dado” o desde de ponerle la cabeza al personal como una maraca: “El niño me ha hecho enfadar. A ver si lo enderezas de una vez, porque yo no puedo con él”, caso en el que se lava las manos –porque ella no castiga–, pero le echa al padre encima, lo que demuestra que, en realidad, en muchas familias el poder lo maneja desde la sombra la madre.

Estas circunstancias tan crudas ocurren, y son algunas de las causas que más trastornan a las personas. Curiosamente, a quien dice que *esto no puede ser*, le ha tocado de cerca –muy de cerca– el maltrato físico y/o psicológico; este último –a lo peor– sin saberlo y, por eso, se resguarda tanto de que las cosas sean así, porque *todo marcha bien y los problemas nunca existen* y, por si acaso, *toma unas copitas y hace unos viajes*, no vaya a ser que la realidad –en ocasiones cruda– se cuele por algún sitio y le dé un susto.

El odio, en definitiva, no hace sino mostrar la debilidad del ser humano, ya que nuestra fragilidad se pone de manifiesto desde el momento en que empezamos a temer que alguien o algo nos dañe, nos quite el puesto, nos haga sombra, nos retire protagonismo o cualquier posible circunstancia en la que nos sintamos amenazados.



De hecho, en varias ocasiones, he oído de boca de mis pacientes que cuando han dejado de tener miedo de sus jefes, sus ex-parejas o sus padres, han recuperado y sentido una seguridad que les ha llevado a dejar de odiarlos, convirtiéndose el odio en algo mucho más neutral, sin tanta carga emocional y, desde luego, sin tanta inversión de energía.

2. “Nunca lo he odiado, sino que lo quiero”

Y es que el odio –al igual que los celos y la envidia– no es algo que pueda observarse a menudo, tan fácilmente como para que sea patente, sino que hay que prestarle atención para ver cómo drenan, traspasan, estos sentimientos a través de los distintos mecanismos de defensa y de diversos comportamientos que antes o después terminan saliendo de ojo. Asimismo, ha de hacerse un fino análisis de la veracidad del arrepentimiento de quien odia.

El odio a menudo se resuelve, básicamente, con dos mecanismos de defensa: la *negación* y la *formación reactiva*: “Yo no lo odio, incluso lo amo”. Esto es lo que puede pasar si se rodea de alguien que lo odia, pero parece amigable; aunque lleve presentes a su casa o le haga favores, suele ser sumamente peligroso, dado que los sentimientos que están marginados en la mente salen inevitablemente por algún sitio. Así, esta persona que tanto nos ama desvela, por ejemplo, algún secreto nuestro comprometedor, en *broma* nos ridiculiza delante de otros con algún comentario de esos que *se dicen por decir*, pero que se terminan diciendo y hieren, o, de repente, observamos en él arrebatos contra nosotros. Se trata de actitudes, todas ellas, que desentrañan la verdadera naturaleza de sus afectos para con nosotros. No estoy diciendo, ni mucho menos, que siempre que se le dé algo sea por una formación reactiva, no; lo que digo es que quien en realidad le quiere y aprecia rara vez incurrirá en estos *accidentes* que dañen su identidad: si le regala algo lo hará con amor; si le aconseja o recrimina, lo hará de buen corazón y, en general, será incondicional para con usted.

Es algo parecido a lo que sucede con esos niños que son “no deseados” y que, en realidad, los padres no quieren tener en sus vidas



porque querrían haber *disfrutado* más de su *juventud*. El deseo de fondo está en que no se quería tenerlos, pero se ha de cuidar de ellos. Mientras que para algunos no es tan problemático –porque enfrentan adaptativamente la circunstancia y la asumen–, otros –a menudo por egoísmo– no lo hacen así y, como por casualidad, sus hijos sufren más accidentes de lo común por negligencias (constantes caídas aparatosas, intoxicaciones por atiborramiento de *fairly* o por comer jaboncitos en forma de fruta...).

O como hoy es más típico: inscribirlos, contra su voluntad –a ciertas edades– en todo tipo de actividades (natación, artes marciales, campamentos, música, idiomas...) –a menudo excesivas, para lo que es la vida de un niño –durante todos los días de la semana, para no hacerse cargo de ellos, que –en realidad– es lo que se desea.

Al niño, si se le deja un margen, sabe optar desde temprana edad hacia sus actividades de ocio y sus primeros hobbies que vendrán determinados por elementos tales como las vigencias, la identificación con otros (padres, hermanos, amigos...); las actividades deben ser siempre realizadas con moderación, y en el caso de que los niños así lo quieran, sin someterles a una maratón en la que terminan sin saber qué hacen, en realidad, para *descansar* de la cotidianidad del colegio.

El someter a los niños a hacer todo este tipo de tareas no supone necesariamente que se odie a los propios hijos –aunque hay a quien le pasa–, sino que, en una muy sospechosa dejadez, se les priva del cariño y apego familiar que necesitan para su correcto desarrollo como seres humanos, para que las relaciones estructurantes que hayan tenido les hagan sentirse queridos en un futuro.

En los fenómenos grupales, el odio es algo que une (Castilla del Pino, 2002), y algo que se aprende; por ejemplo, los hinchas extremos de un club de fútbol que odian a los del otro club de fútbol; o la problemática de odio a las personas de raza negra que se ha dado desde hace siglos en los Estados Unidos. Eso sí, tenemos que volver a reiterar cuál es el motor fundamental del odio: el temor ante la amenaza de que nos destruyan. Por eso, lo que odiamos, en realidad, es lo que tememos y nos pone en la tesitura de vigilar para que no nos dañe. De



ahí que la envidia sólo puede darse en virtud del odio, porque sin el paso previo de la irascibilidad y el rencor que produce el éxito del otro, no se puede llegar a envidiarlo y querer destruirlo. En estos casos, se justifica el odio por procesos de *identificación*, que, a la vez y de modo defensivo, hacen de disculpa en la actividad odiosa porque *todo el grupo lo hace*.

El odio a menudo trata de subsanarse mediante el mecanismo de la *reparación* (Klein, 1937). Para la autora, este proceso viene dado ante la posición depresiva que el bebé adopta cuando cae en la cuenta de la hostilidad manifestada mediante sus fantasías hacia los *objetos buenos*. Es entonces cuando querrá reparar el daño que ha hecho. Sin entrar en discusiones sobre la veracidad del hecho de que desde tan temprano el ser humano lleve a cabo estas tareas, sí que es cierto que, a menudo, cuando somos más mayores, tendemos a reparar determinadas acciones que han hecho o –creemos– que han podido hacer daño a los otros. La reparación como proceso en estas fases tempranas del desarrollo evolutivo es un paso necesario para que se den posteriormente procesos sanos y adaptativos de amar. La reparación descrita viene fundamentalmente dada en virtud del *sentimiento de culpa*.

La culpa es algo que funciona estupendamente en el ser humano, sobre todo, cuando es angustiada y se vive de un modo intenso. Por eso, el mejor momento para que el telespectador reaccione ante la podredumbre del mundo es la hora de las comidas, cuando salen diversos anuncios de instituciones que invitan a donar dinero o apadrinar niños que aparecen crudamente desnutridos en países tercermundistas. El publicista muestra la realidad sin filtros, tal como es; de ahí que tenga más probabilidades de funcionar ante la angustia suscitada en el receptor, que se puede sentir culpable en ese momento por tener que comer e incluso, sobrarle. Cuanto mayor sea la culpa –y para romper con ese sentimiento–, habrá una mayor probabilidad de que la persona ceda dinero o bienes para esas instituciones.

En este caso, la persona no ha hecho nada directamente para que la situación se de, pero cuando en el daño causado tiene una participación directa o indirecta, la culpa será mayor, si ésta contiene modera-



dos índices de civismo (no hace falta que se sea un *beato*). Una de las respuestas más típicas será la de reparar. Por ejemplo, imaginemos el caso de dos amigos que discuten acaloradamente. Uno de ellos siente conatos de ira y agrede al otro verbalmente haciendo que éste se sienta muy mal. Es probable que el agresor quiera reparar después, pidiendo perdón, haciendo un regalo o invitándole al cine. Circunstancia ésta que se ve más claramente en la pareja después de una buena disputa. Posteriormente vendrá la culpa de haber hecho daño al ser querido y se tenderá a reparar, con conductas como las anteriores, además de otras lúdico-sexuales, como la conocida reconciliación en la cama.

Segal (1964) nos recuerda cómo a veces la reparación no se hace de un modo adaptado. Así, la persona procede con una *reparación maníaca*, que constituye un auténtico mecanismo defensivo en el cual, en realidad, no se quiere ni reparar ni arreglar nada. De hecho, no se reconoce la culpa del daño que se ha hecho y el objeto de reparación se percibe como inferior por quien hace esta reparación.

En mi opinión, esto es exactamente lo que hace una formación reactiva desadaptativa: eludir, negando el odio devastador, destructivo y rabioso, cambiándolo por una supuesta reparación en la que se regalan cosas o hacen favores. Con esta actitud, no se reconoce ni se halla –ni mucho menos– un amor verdadero, sino que más bien habrá una relación de comparación, rivalidad o incluso temor.

En la psicoterapia se aprecia muy bien la reparación después de que un paciente ha incurrido en agresiones directas o indirectas –puestas en acto o no– al terapeuta (como negarle cada interpretación o indicación, llegar tarde a las sesiones o anularlas periódicamente, no pagarlas, criticar al terapeuta o a su despacho...). Si el terapeuta analiza con conveniente cautela y detenimiento los hechos, constatará que después se producirá una *transferencia depresiva* (Kernberg, 1991) como consecuencia inmediata de la toma de conciencia que hace el paciente de la agresividad que ha proyectado en el terapeuta. Al asumir la agresión realizada, brotan sentimientos de culpabilidad que recuerdan al posicionamiento depresivo expuesto por Klein que hará



que el paciente intente una reparación, mostrando aceptación y respeto por el terapeuta y por el tratamiento que lleva a cabo a favor de su salud psíquica. Esto conllevará un claro proceso de mejora y de encuentro con lo más íntimo de sí mismo.

Pero, en ocasiones, la reparación puede ir por otros derroteros que van en la dirección contraria de la ayuda del paciente. En el caso de Sara, expuesto en el anterior capítulo, cuando se atrevió a manifestar verbalmente en las sesiones las tensiones y sus sentimientos para con su familia, empezó a sentirse culpable de tener esos pensamientos y de criticar a sus familiares; tanto, que trata de reparar para con ellos el mal que cree que ha hecho ante su queja.

Para ello decidió abandonar el tratamiento arguyendo excusas que nada tenían que ver con una razón fundamentada. A través de una elaboración del asunto, pudimos ver cómo su sentimiento de culpabilidad le llevaba a hacerse daño una y otra vez, con su decisión de no expresarse y de abandonar una tarea que hasta entonces la estaba ayudando mucho, tal y como ella decía.

En ocasiones sucede que el paciente teme que haya una *retaliación* en la psicoterapia, es decir, que los sentimientos de odio, celos o malestar que experimentan hacia sus seres queridos se vuelvan de algún modo contra ellos. Es como un miedo difuso, infundado e incluso mágico de que esto pueda suceder. En más de una ocasión hemos oído en una anciana: “¿No me castigará Dios por hablar mal de mi hijo aquí?” o en el caso de un hijo que trataba de ser modélico, aunque sentía una agresividad despiadada contra toda su familia: “Qué malo soy, seguro que me pasa algo por decir estas cosas y sentir estas emociones tan feas”.

La culpa, en este caso, no sirve de mucho para la ayuda del paciente, dado que no se encuentra ni mucho menos basada en un aprecio o en un amor genuinos; ni siquiera le lleva a asumir sus sentimientos; de ahí que se produzca un conflicto superyoico entre los impulsos hostiles y lo que se supone que se debiera sentir “*como los niños buenos*”. Esto va nuevamente en contra del paciente, si no se siente con derecho de expresar y sentir lo que quiera en las sesiones.



No quisiera acabar sin exponer otro mecanismo de defensa relacionado con el odio: el *desplazamiento*. Un ritual de los ancestrales hebreos consistía en que el sacerdote a través de una imposición de manos sobre un chivo le *pasaba* los pecados y males que su pueblo había realizado. Así, el chivo expiaba la culpa de todo el pueblo; posteriormente se le dejaba ir una vez realizada su función de chivo expiatorio. Hoy en día se sigue utilizando esta expresión cuando a una persona o grupo se le hace pagar por las culpas o acciones de otros cuando quien expía la culpa es inocente.

Esto puede suceder por variables externas y, por supuesto, por cualidades internas de quien desplaza su odio hacia otros. Vale la pena relacionar esta dinámica con el concepto de T. W. Adorno de *personalidad autoritaria*.

Estos sujetos poseen personalidades que han estado mediatizadas desde la infancia por un entorno autoritario, prohibitivo y frustrante. Ello les ha llevado a tener una gran dependencia a la vez que sentimientos hostiles de corte inconsciente en los que perfectamente podría encajar el odio. De esta forma, estas personas pueden tener la tendencia a desplazar su agresividad contra grupos minoritarios (contra todos en general), que han de pagar sus *platos rotos*.



4

EL NARCISISMO

Ser hombre significa poseer un sentimiento de inferioridad
que exige constantemente ser compensado.

Alfred Adler, 1930.

1. ¿Qué es el narcisismo?

Es un concepto acuñado por H. Ellis y retomado por Freud (1914), quien distingue entre un narcisismo primario y otro secundario. En el *narcisismo primario*, el recién nacido no distingue entre sí mismo y entre la madre que lo cuida y da la comida pensando que son la misma unidad y que omnipotentemente puede autoabastecerse.

En el *narcisismo secundario*, el niño ya hace la distinción de que la madre es otra persona y de que no es él mismo quien se surte a su antojo de los elementos necesarios para su bienestar. El niño puede darse cuenta de los cuidados dados por su madre, aprenderá que su madre le ama, le cuida y la interiorizará. El movimiento narcisista consiste, entonces, en que se amará como su madre lo amó a él; así la libido, la energía y el amor que su madre le ha profesado vuelven al niño (López-Peñalver, 1989).

También se desprende que en el narcisismo se quiere todo inmediatamente y sin problemas. Esto se relaciona con *el principio de placer*,



puesto que él se abastece de todo lo que quiere. Cuando el niño ve que las circunstancias exteriores le influyen y coartan en su exclusivismo debe aceptar la frustración exterior, *el principio de realidad*, dado que no se le presentó lo que era placentero, sino lo que desagradablemente era real y se acepta así dicho principio psicológico fundamental.

Como puede usted observar, si recuerda las teorizaciones expuestas en capítulos precedentes sobre M. Klein, verá que hay contradicciones entre esas teorías y las de Freud, puesto que si el niño es tan activo como para reconocer a la madre y a partes de ésta, el narcisismo primario no se dará en estas circunstancias, y ésta es una de las más grandes discusiones de la historia del psicoanálisis. Repetimos lo expresado: si hay narcisismo primario, hay una fusión con el objeto, por la que el niño no se diferencia de su madre. Por tanto, las teorías de Klein no tendrían cabida, porque ella indica una diferenciación del niño respecto de la madre. Sin embargo, si la teoría de la autora no encaja, sí lo hacen las teorizaciones de Meltzler y Bick, puesto que defienden una posición (*autística-contigua*) anterior a las descritas por Klein, en la que hay un solapamiento con el objeto que se puede interpretar como un narcisismo primario.

El narcisista es el que preferentemente se ocupa de sí mismo en detrimento de los demás. Tiene que ser el primero, el centro. Está como “enamorado de su propia imagen” como dice el mito de Narciso. Y si hay algo cierto, es que las personas necesitamos mucho principio de realidad y más tolerancia ante la frustración. Ésta es una cuestión cada vez más lejana, cuando lo que impera es la ley del mínimo esfuerzo y la publicidad jura y perjura que podemos aprender un idioma en meses y “¡sin esfuerzo!” o adelgazar varios kilos en muy poco tiempo “¡comiendo prácticamente lo mismo!”. Esta cuestión trae de cabeza a los psicoterapeutas, ya que nos encontramos con gente que se quiere curar psíquicamente en unas pocas sesiones, cuando han estado enloqueciendo durante años o décadas⁹. Al

9. En *Transferir, contratransferir, regredir* (2001) denominó a estos pacientes de posicionamiento mágico, pues de modo mágico creen que la mejora será cosa de días.



proponerles la necesidad de un tratamiento prolongado, se *marean* y, así, algunos abandonan la tarea de reubicarse en el mundo y en la situación que les ha tocado vivir, prefiriendo seguir alienados de sí mismos.

El narcisismo, de todos modos, es algo necesario; algo que se halla dentro de cada ser humano y que se alimenta con los logros personales y con la especulación de los demás; es decir, con la opinión favorable de los otros sobre los hechos que realizamos. La autoestima es parte del narcisismo, pero no todo él, dado que si lo analizamos, el narcisismo tiene que ver con los afectos y sentimientos y no sólo con la valoración que hagamos de hechos y cosas.

2. El narcisismo dañado, el complejo de inferioridad (Adler)

Términos tan conocidos y en boca de todos como son los de complejo de inferioridad, complejo de superioridad o estilo de vida, se los debemos al médico y psicoanalista austriaco Alfred Adler (1879-1937). Dicho autor llegó a estar más en boga en España, en la primera mitad del siglo XX, que Freud o Jung, tal y como apunta Sarró (citado por Donat, 1949). Este autor abandona el psicoanálisis en su vertiente ortodoxa, para crear un nuevo modelo que recibe el nombre de *Psicología Individual*, la cual es tanto un modelo teórico como una forma de psicoterapia.

Con el paso de las décadas, se ha ido apagando su influencia por la presencia de otras derivaciones del psicoanálisis y otras escuelas de la psicología. Sin embargo, creo que deben retomarse varios de los principios adlerianos para explicar muchas de las cuestiones abordadas acerca de la frustración humana y de sus vicisitudes.

Adler no habla del narcisismo en sí y esto se debe, fundamentalmente, a que rompe con Freud en 1911, disidiendo de la API (Asociación Psicoanalítica Internacional). Así, por un lado, cuando escribe su primera obra de interés (1913), las teorías del narcisismo de Freud no estaban todavía elaboradas; de hecho, no saldrán sino hasta un año después. Tampoco habla en sus obras del narcisismo tal y como es



conocido este término entre los miembros de la asociación, una vez que las teorías de Freud fueron conocidas, porque eso supondría identificarse precisamente con las teorías freudianas de las que se había desligado. Por otro lado, a esta cuestión se ha de añadir que Freud en su *Introducción al narcisismo*, además de exponer la teoría al respecto, aprovecha para arremeter tanto contra Adler como contra Jung, que también había salido del círculo de Freud en 1913.

Por lo tanto, por lo comentado hasta aquí, puede que no sea un teórico, adrede, de dicha teoría; pero sin quererlo lo es, porque habla de cuestiones que afectan a la hoy en día tan manida cuestión de la autoestima. Ésta se puede entender como uno de los contenidos del narcisismo que no necesariamente tiene que ver solamente con la libido sexual, teniendo en cuenta que la creación de aquella se encuentra en etapas tempranas del desarrollo humano.

Debido a su influencia médica, Adler comenzó a fundamentar sus tesis (1907) a partir de casos de niños que habían tenido inferioridades orgánicas, como problemas de visión, malformaciones, daños viscerales y enfermedades varias que les producían un sentimiento de inferioridad respecto de los demás, pero posteriormente (1912) fue añadiendo otras cuestiones de interés como el ámbito socioeconómico del niño o, más importante aún, las variables psicológicas, como la comparación que el niño hace con padres y hermanos mayores que parece que todo lo pueden. El niño, desde la infancia, tiene una tendencia a compararse; se ve en una disposición inferior a la de los padres que pueden hacer más cosas y tienen más seguridad; asimismo, observa su dependencia ante ellos, por ejemplo, en que le dan de comer, lo llevan y traen a los sitios que frecuenta...

Si, además, el niño tiene otros añadidos (como haberse sentido feo, poco capaz o poco querido; tener problemas físicos; haber sido mimado en exceso o –situándonos en el otro polo– educado rigurosamente y, en definitiva, cualesquiera que sean las circunstancias de todo niño no sano) verá una valoración de sí mismo negativa, experimentando un *complejo de inferioridad* que irá arrastrando a medida que avance su ciclo vital.



Decía también Adler que en este complejo influía la forma educacional de los padres y de la sociedad que inculcaba al niño desde temprano una competitividad enorme que aumentaba por generaciones y nutría en el alma de los pequeños una necesidad de sobresalir. ¡Y esto en los años 20! ¿Qué diría hoy, cuando en muchos ámbitos hay una tendencia no sólo a destacar, sino a hacerlo *caiga quien caiga* e incluso en las empresas se elude el acoso psicológico entre empleados cuando entienden que eso puede aumentar la productividad?

En este sentido, las cosas están peor ahora, no lo dude. El sentimiento de comunidad va cediendo porque todo se complica cada vez más al mismo tiempo que el otro importa cada vez menos. La inculcación voluntaria e involuntaria de valores sobre los niños sigue una dirección que tiende a la completa *aproximidad*.

El complejo de inferioridad se palia con el mecanismo defensivo de la *compensación*. Adler utiliza este término que proviene, de nuevo, del entorno médico, en el que se utilizan metáforas biológicas. Por ejemplo, cuando un riñón deja de funcionar, el que queda libre se duplica para compensar la falta del otro. Aplicándolo al ámbito de la psicología y a la voluntad de poder, es muy celebrado el caso de Demóstenes (384-322 a.c.), quien tenía dificultades para pronunciar la *l*, además de cierta tartamudez, y –a pesar de ello– se convirtió en uno de los mejores oradores de Atenas.

Además de la compensación, se puede dar una *sobrecompensación*, si este complejo de inferioridad es sentido como muy invasivo y angustioso para la persona. Lo que ocurrirá, por tanto, es que se exagerará más esa tendencia; la compensación ya no valdrá y, por tanto, se sobrecompensará la inferioridad percibida, lo cual ya constituye un afán de superioridad y de dominar a los otros claramente patológicos (Adler, 1927. p. 70). Habrá, por ende, una tendencia clara a pasar por encima de todo aquel que se ponga delante del individuo; tomarán sus tareas con especial ansia y prisa, indicando de modo simbólico el grado de angustia que inconscientemente sienten para manifestar tales comportamientos.



Fruto de esta inferioridad sentida y la necesaria compensación, dice Adler que todo ser humano tiene una tendencia a sobresalir, expresión que él en ocasiones denominaba bajo el término de Nietzsche de *voluntad de poder*, que más tarde pasaría a denominar *afán de superioridad* o *afán por sobresalir*. Pero hay un elemento completamente contrario a esta tendencia que es el *sentimiento colectivo* (también denominado *sentimiento de comunidad*) que debe colocar a la persona en la disposición de que esas tendencias a sobresalir sean moderadas y estén en consonancia con la sociedad en cuanto a que se debe respetar el bienestar del prójimo. Se trata de una cuestión que a veces el sujeto no tiene en cuenta, por lo que se convierte en un perverso o en un psicópata que no respeta a los otros y pisa a quien sea necesario para ascender. Esto recuerda, entre otras, a la prototípica figura del *tropa*.

Sin embargo, lo más lógico es que a menudo la tendencia a sobresalir se vea coartada por los factores mediante de la realidad y, en caso de que el hombre sobresalga, nunca llegará a hacerlo en la medida que él quiere o se encontrará de nuevo vacío –cuestión relacionada con lo que Lacan, décadas más tarde, convino en llamar *deseo incolmable*–. Esto hace que el círculo del complejo de inferioridad derivado del sentimiento de inferioridad no se cierre.

Dicho sentimiento es continuo y lo tenemos desde que somos niños. Pienso que puede ser una consecuencia del *desfondamiento radical* del que habla Cencillo (1973, 1978). Este concepto hace mención a que nacemos sin una base preprogramada para lidiar con la vida inconsciente y las relaciones afectivas. Se puede decir que este desfondamiento tiene como una de sus consecuencias el sentimiento de inferioridad, ante el que el niño se encuentra debido a las exigencias del entorno y sus capacidades reales. De hecho, Adler habla de la primera experiencia de inferioridad cuando la persona es un bebé desvalido que necesita de los otros para sobrevivir.

El neurótico, para que su narcisismo no se vea dañado, elude o bien sus limitaciones o bien la realidad de que sus planes no se cumplen en absoluto, cuando no, las dos circunstancias a la vez. La mejor manera de hacerlo es mediante el *arrangement* o *arreglo de la sintoma-*



tología neurótica. Es decir, que ante las metas competitivas y de realización que la persona lleva a cabo (o ante la fantasía de su realización) y ante la frustración de que eso no se produjo del modo idealizado pretendido, el neurótico cree resolucionar y *arreglar* fantasiosamente –hace *un apaño*, a través de mecanismos de la vida inconsciente– aquellas expectativas que tenía, como si las hubiese realizado correctamente y hubiera llegado a ser lo que quería. Cuestión que, por supuesto, no sólo se queda en el ámbito mental, sino que trasciende al de lo comportamental (Guerra Cid, 2002).

La visión expuesta del arrangement está también relacionada con la *ficción directriz* del neurótico, el cual sigue unas pautas (líneas directrices) en su fuero interno eludiendo elementos externos de la realidad (por ejemplo, responsabilidades). El arreglo, por tanto, a través de las líneas directrices hace que todo encaje y que la persona siga viviendo en la inopia de su ficción.

Para que se entienda mejor toda esta teoría expuesta, analicemos un ejemplo. Imaginemos a una persona que posee un pequeño negocio (y siempre quiso tener uno grande), pero con el *arreglo* piensa que en realidad es un gran empresario. Estas temáticas que comentamos, las sitúa también Adler, en relación con los síntomas. Muchos síntomas de los que tanto se aquejan los pacientes no son tanto contra su voluntad como en un principio pareciera, sino que son también arreglos para rehuir de los deberes sociales, familiares, laborales... De este modo, el mismo dueño del negocio del ejemplo puede caer en una patología psicológica o física que le impida desempeñar su trabajo; por ejemplo, una agorafobia que lo deje enclaustrado en su casa por terror a salir de ella. En este caso, el arreglo consiste en que mediante la eventualidad de caer enfermo, el individuo ya no se tendrá que enfrentar con su humilde negocio, cuando en su voluntad de poder había pensado ser el *as* de los empresarios. Aquí es donde juega un papel fundamental el inconsciente, un inconsciente que se podría denominar como *relativo* (Cencillo, 1971, p. 118), puesto que en la visión de Adler el inconsciente no implica la profundidad con la que los otros psicoanalistas clásicos hablan de él.



3. Carácter, plan de vida y estilo de vida

Para el creador de la Psicología Individual, son varios los factores que intervienen en la creación y mantenimiento del carácter del ser humano:

- La complejión corporal, que a su vez influye en la autoimagen que nos hacemos de nuestro cuerpo (fuerte, débil, atractivo, repulsivo...).
- El haber sufrido enfermedades en la infancia o tener problemas orgánicos (la inferioridad de los órganos).
- La primacía de dominio, referida a la hoy en día aún presente concepción normativa de superioridad del varón¹⁰.
- Número de hermanos y puesto ocupado entre ellos.
- Circunstancias económicas y sociales de la familia.
- La educación de los padres y la relación vivida con éstos (la más interesante e importante de todas).

El carácter se relaciona a su vez con los conceptos de *estilo y plan de vida*, los cuales a menudo no se hallan muy delimitados en Adler. Prueba de ello es que diversos autores que escriben sobre su obra los tratan como sinónimos, como hace Donat (1949), o delimitan la diferencia entre *plan y estilo de vida* en el grado de inconsciencia de ambos siendo más inconsciente el plan de vida, como apunta Kritz (1985).

Ante la realidad del ambiente, las primeras formaciones del carácter y el sentimiento de inferioridad entre el cuarto y quinto año, el ser humano tiene un plan de vida que le llevará a adoptar su *estilo de vida*, que nada tiene que ver con la significación frívola que hoy en día se le da en los medios de comunicación, sino con un *modus vivendi* de la persona que con el tiempo se mecaniza, y se hace cada

10. Sin pretender ser machistas observamos esto, denunciado por Adler como un problema que forja el carácter (porque al niño lo pone en la tesitura de autoridad y a la niña de asumirlo o luchar contra ello) y que sigue dándose en la actualidad. Las mujeres acceden de forma más lenta a tener trabajo y autonomía, además de acceder a peores puestos y, salvo contadas excepciones, en los países del primer mundo los presidentes y primeros ministros son hombres.



vez más inflexible, para superar, compensar y alcanzar así las metas anheladas. En la formación de este estilo de vida influye también la mediación básica del afán de poder y el sentimiento de comunidad, así como las ficciones de la persona que son, en definitiva, el motor de su estilo de vida.

Para Adler, entre lo cuatro y cinco años, el niño ya tiene claro cuál es su *plan de vida* para así hacer frente a lo que le exige el entorno. No debe usted pensar por ello que a esta edad ya sabemos todos *qué queremos ser de mayores*. Aunque pudiera darse alguna excepción, con cuatro años no decimos que queremos ser, *de todas todas*, futbolistas, abogados, fontaneros o cualquiera que sea la profesión que se le ocurra.

Esto que hace el niño es un juego y no necesariamente muestra la profesión en sí que quiere realizar. El plan de vida es más general que la especificidad de una profesión e indica una trayectoria aproximada de lo que el niño –consciente o inconscientemente– quiere. Por ejemplo, liderar, ser el centro de atención de la gente, ser cuidado constantemente... y a partir de aquí es cuando el individuo toma unas líneas directrices que le llevan a cumplir con este estilo de vida elegido propuesto.

Para que se entienda mejor, desde los primeros posicionamientos de la infancia se establece un plan de vida que depende de las circunstancias antes descritas que formalizan el carácter para la persona. Su plan de vida siempre tiene un fin, por ejemplo, ser dominante para sentir superioridad sobre los demás. Este plan se manifiesta mediante líneas directrices hacia lo que es un estilo de vida en el individuo; en dicho estilo de vida es donde se observan los comportamientos más palpables, que vienen determinados por tanto desde el plan de vida que es en gran parte inconsciente; esto explica que el sujeto no se dé cuenta muchas veces de por qué hace tal u otra cosa, o tal u otra actividad. De este modo, cuando se plantea la motivación de sus acciones puede no darse cuenta totalmente del trasfondo de su plan de vida.

Así, por ejemplo, un sujeto que se haya sentido deficiente puede optar por un plan de vida que lo lleve inconscientemente a tomar protagonismo. La manera pudiera ser una búsqueda del reconocimiento



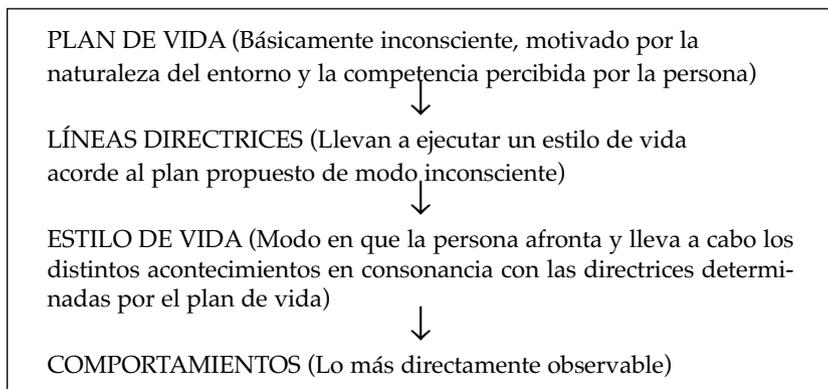
de los demás y, de esa forma, compensar dicha circunstancia. Para ello manifiesta diferentes líneas directrices que lo llevan a conseguirlo: querer estudiar mucho y sacar buenas notas, ser competitivo en los deportes y en los juegos, ser obediente y destacarse por su docilidad... Su estilo de vida, por tanto, será el de una persona activa siempre encaminada a realizar tareas que lo lleven a superarse a sí mismo y a sobresalir para que, mediante el papel de protagonista que tome en las actividades que desempeña, se sienta seguro y confiado.

La persona que desde su plan de vida siempre quiso ser distinto y tener privilegios puede incurrir –a través de las líneas directrices dirigidas al fin de *distinguirse*– en un estilo de vida en el que prime el derroche y el vivir por encima de las posibilidades reales de la persona. Esto a veces ocurre conjuntamente en los dos miembros de una pareja o un matrimonio, conque lo que se observa es ya un flagrante modo de consumismo compulsivo.

En resumen, podemos decir que las personas nos regimos bajo unas líneas directrices que median entre el plan y el estilo de vida, observándose en último lugar, los distintos comportamientos que se llevan a cabo.

La relación esquemática entre estos conceptos sería como sigue:

**Cuadro 1: El plan de vida y sus derivaciones
(modificado de Kritz, 1985, p. 77).**



Como usted supondrá, hay varios estilos de vida. Se podría decir que hay tantos estilos de vida como personas en el mundo, puesto que cada uno de los seres humanos es idiosincrásico e irrepetible. Sin embargo, aun siendo cada estilo distinto, se pueden englobar muchos de ellos en grupos diversos. Uno de ellos sería el que nos atañe ahora: las personalidades narcisistas. Se dirigen a sobresalir por el motivo que sea, como pueden ser el prestigio, los conocimientos, la fama y, sobre todo, la tenencia de objetos.

Esto último nos muestra la continua confusión que las personas tienen entre *tener* y *ser*, aquello de *tanto tienes, tanto vales*, también se entiende como *tanto tienes, tanto eres*. Por supuesto que quien aplica esto por sistema, se encuentra bastante desorientado en cuanto a lo que él mismo es, además de tener poca idea de en qué consiste realmente el *ser uno mismo*.

Por ello, vemos cada vez con más claridad y reiteración al amigo, al vecino o al familiar, que va y viene *fardando* de sus posesiones y pertenencias: que si tiene tres móviles, que si el DVD, que si este coche y el otro...

El presumir de lo que se posee es, como fenómeno social, una constante de los tiempos modernos, que recuerda a lo que ocurría en España en los años 20 del siglo pasado, cuando la gente presumía de tener inodoro frente a los que tenían que ir a la letrina, así como del tipo de papel higiénico que se utilizaba, siendo de lo más esnob y sofisticado el hecho de no limpiarse con papel de periódico.

4. Narcisismo e imagen del cuerpo

Y, de forma alarmante, se siguen viendo problemáticas con las denominadas enfermedades de la alimentación, las cuales, a menudo, están relacionadas con un narcisismo desestructurado y débil que se proyecta en la imagen del cuerpo: en el ideal del cuerpo que se espera tener, y que, fantaseadamente, se cree que va a servir para cumplir múltiples logros.

Se trata de un claro reflejo de la falta de autoestima y de un narcisismo frágil que se intenta compensar con una mejora en el cuerpo. A



los problemas de la anorexia y la bulimia nerviosa bastante conocidos por todos, se unen también otros trastornos relacionados con la alimentación y el culto *enfermizo* al cuerpo menos conocidos tales como la ortorexia, el consumo de alicamentos y la vigorexia.

En la anorexia y en la bulimia nerviosa nos encontramos ante psicopatologías que pueden provocar incluso la muerte de las personas que las sufren. La amenaza parece más palpable en la *anorexia nerviosa*, por el hecho de ver esa delgadez extrema y esa restricción en el acto de comer, que pueden ir acompañados o no de ejercicios físicos duros y de vómitos y/o uso de purgantes de manera peligrosa. Así, se distinguen comúnmente dos subtipos de anorexia nerviosa: una restrictiva (sin vómitos ni uso de purgantes) y otra con atracones (en la que luego hay vómitos o conductas encaminadas a echar fuera lo ingerido).

La *bulimia nerviosa* se caracteriza por unos comportamientos dirigidos a comer de manera excesiva, sintiendo luego una ansiedad culpógena por haber realizado estas conductas. También se distinguen dos subtipos. En el primero, denominado purgante, la persona después del atracón se induce el vómito o realiza otras conductas purgantes. En el segundo, no purgante, la persona después de comer en exceso, en vez de provocarse el vómito o ponerse a tomar laxantes o diuréticos, deja de comer unas horas o días (ayuno) y/o comienza a hacer ejercicio físico hasta llegar a la extenuación.

Una de las diferencias básicas entre la anorexia y la bulimia nerviosa se encuentra en que en la primera la pérdida de peso es excesiva y la obsesión por la delgadez es mayor, lo que acarrea que algunos pacientes lleguen incluso a morir. Por ello, hay quién piensa que es este el único desajuste alimentario peligroso y aunque es en el que más muertes hay, en la bulimia nerviosa también se pueden desencadenar tremendos problemas en el organismo a nivel biológico, ya que el atracón provoca gastritis, úlcera péptica y cólicos biliares. La muerte directa se produce por rupturas gástricas que conducen a hemorragias internas y por ataques cardíacos producidos ante la masiva ingesta de comida.



En cuanto a las patologías menos conocidas, en la *ortorexia* la persona se atiborra de comidas sanas como caldos depurativos, vegetales a gogó y otro tipo de sustancias que hacen que al descuidarse los otros grupos alimenticios y al no haber ayuda de un endocrinólogo, esta conducta obsesiva pueda derivar en diversos desajustes metabólicos y nutricionales para el organismo, siendo esto, quizá, lo menos problemático, dado que se está mostrando por parte de la persona que hace esto una buena dosis de locura.

A la ortorexia pueden ir también unidos los denominados *alimentos*, alimentos funcionales que constituyen una moda, como tantas otras, procedente de los Estados Unidos en la cual un alimento *tiene* más funciones que las de alimentar: una barrita de cereales proporciona vigor *para triunfar en el trabajo* o le dará una línea a su cuerpo *para ser una belleza*; una bebida puede ser, además de refrescante, muy vigorizante por contener varios tipos de vitaminas concentradas (lo cual en dosis excesivas puede crear problemas insospechados).

En definitiva, hoy en día estos nuevos alimentos no están muy bien legislados en Europa, aunque las leyes al respecto cambian muy rápidamente y la permisibilidad será, a buen seguro, cada vez mayor. Lo que sí que puede ocurrir es que estas prácticas alimenticias se le vayan de las manos –como tantas cosas– a más de uno, creándose incluso adicciones a este tipo de alimentos, producidas en un buen grado por la inseguridad que atesoran quienes compulsivamente quieren estar muy sanos, pues nada hay de mágico en un cereal o en un zumo proteínico, tan sólo una secuencia de elementos calóricos con diferentes efectos. La seguridad, la autoestima y la confianza en uno mismo es algo psicológico y mucho más complicado de crear y de mantener de lo que se quiere dar a entender.

Por tanto, no se crea usted que la neurosis o el estrés neurótico e inadaptado se le van a ir –*se le van a curar*– por consumir éste o aquel compuesto. Las psicopatologías desadaptativas no se *van*, sino que se elaboran verbalmente por parte de quien las padece con quien mejor puede entenderlas y está preparado para ello, el psicoterapeuta.



Y, por otro lado, que no vengan siempre con lo mismo y con esas tesis tan mundanas, banales y triviales de que la culpa la tienen los modelos y la sociedad. Esto es influyente pero no definitivo. Si bien todos estamos expuestos, no todos desarrollamos este tipo de psicopatologías: no somos todos anoréxicos u ortoréxicos, sino que lo son un porcentaje determinado.

Pasa lo mismo que con la violencia. De acuerdo con que algunos videojuegos o algunos filmes no ayudan a que haya actitudes serenas, pero no salimos todos con la escopeta o el cuchillo a matarnos. De hecho, la violencia a estos niveles siempre ha existido. Antaño, en cuentos como el de “Hansel y Gretel” se narraban historias de brujas que se comían niños o que se quemaban vivas. De acuerdo con que la vivacidad que proporciona una imagen es mayor, pero también éstos eran estímulos agresivos de algún modo.

Si algo parece claro es que debe haber algo latente: elementos de la personalidad que pueden ser activados, pero mediando con los propios recursos del carácter que tenga el individuo en concreto, para filtrar sus conflictos mediante el campo de la alimentación y la figura del cuerpo.

Esto también se puede ver en la *vigorexia*, proceso en el cual la persona se obsesiona con tener una imagen del cuerpo, mejor de la que tiene; por ejemplo, que esté perfectamente musculado. En los hombres se ve incluso una fijación homoerótica –lo cual no quiere decir que por ello tengan que ser homosexuales– por la que se obsesionan por los cuerpos moldeados y esculturales de otros hombres, que pasan a considerarse un punto de belleza al cual llegar; se perciben como ideal para su realización personal, como si eso fuera a compensar de un modo veraz lo que realmente es lo más nuclear de ellos, les hace perder la confianza. Con tono irónico denomino yo a esto el *síndrome del chico/a de gimnasio*.

Al igual que en los otros problemas de alimentación, se producen pensamientos obsesivos y recurrentes, dirigidos –en este caso– a tener más masa muscular, cueste lo que cueste, como si de algún modo cada centímetro de más supusiera para la persona ser mejor globalmente.



Hay quien, con mala uva, dice que la mayoría de estos sujetos suelen tener el *pito pequeño* y por eso tratan de compensarlo en tener un cuerpo fuerte. Si bien esto puede suceder en algunos casos aislados, quienes creen en esto como una verdad absoluta –y en lo humano pocas o ninguna hay de éstas– puede ser o bien porque en realidad tienen envidia de no poseer esos cuerpos o porque mal informados, aplican tesis del psicoanálisis de un modo salvaje o silvestre interpretando hechos, fuera de sazón.

Es cierto que hay sujetos que se han visto, percibido o sentido inferiores por tener –o creer que tienen– el falo pequeño, y esto les desencadena determinados complejos, como puede ser una menor confianza en sí mismos, el sentirse menos hombres, con menor potencia, etc., pero no tiene por qué ser éste sistemáticamente un problema en todos los sujetos que se quejen de esta circunstancia.

5. Insoportabilidad y destructividad del narcisista patológico

Es lógico que ante las heridas narcisistas a las que nos vemos sometidos a lo largo del ciclo vital, compensemos, racionalicemos y neguemos, entre otros mecanismos posibles, pero siempre debemos hacerlo desde una posición que perjudique lo mínimamente posible a los demás.

El narcisismo dañado no sólo es duro para quien lo padece, sino que estas personas también pueden crear graves problemas en su entorno. Hay, de este modo, quien para paliar esa inferioridad percibida se construye un complejo de superioridad artificial, tratando de pasar por encima de todos. Son personas pretenciosas, vanidosas y pagadas de sí mismas, a la vez que envidiosas y contenedoras de odio hacia el entorno. Se comportan como los *número uno*, sólo ellos son válidos, los demás erramos, nos equivocamos somos *mindundis* a su lado, ya que ellos están tan cerca de lo superior y divino que los demás sólo somos pobres mortales.

Como ya hemos visto a partir de las tesis de la Psicología Individual de Adler, estas actitudes hostiles para con los demás forman par-



te de esa ficción que ellos viven. La cuestión es que son sujetos que someten a la pareja, a los familiares, compañeros y amigos –si es que les queda alguno capaz de soportarles– a un maltrato psicológico continuo cuando no es también físico, y hay palizas gratuitas al llegar a casa por el motivo más inverosímil y estúpido.

Uno de los principales escollos en la interacción con estos sujetos reside en que a veces llegan a creerse seres superiores. Lo que en principio era una compensación se convierte en un modo de vivir y relacionarse con los demás casi mecánico; así, construyen un *arrangement* en el que lo básico son actitudes encaminadas a eludir el sentimiento de comunidad, siendo en ese aspecto psicópatas¹¹ y antisociales. En estas personas, el sentimiento de comunidad está muy atenuado, casi no existe, por lo cual en este aspecto ya son diferentes de los otros tipos de compensaciones donde, en la medida de lo posible, se trataba de lidiar con lo correcto; por el contrario, son cada vez más descarados por lo poco que les importa el resto de personas que conviven con ellos y los rodean.

Su narcisismo es destructivo; de ahí que podrá observar que lejos de reconocer cualquier logro ajeno, proyectan toda su porquería interna haciéndole de menos a usted. Son los típicos criticones que a nada le encuentran un matiz medianamente positivo; todo contiene errores, tiene fallos, es reprochable o punible... y es que, en realidad, es lo que ellos inconscientemente sienten que son por dentro y ante la intolerabilidad de esto, lo proyectan fuera. Sienten que no son auténticos, que constituyen un fraude y que todo va encaminado a dar una imagen de lo que idealmente querrían ser, pero no han llegado a ello. Su inseguridad –lejos de hacerles crecer como personas hacia una seguridad más real– los lleva a ser cada vez más indolentes con el entorno.

11. Al contrario de lo que se cree popularmente, un psicópata no necesariamente debe incurrir en asesinatos o delitos ni siquiera en algún episodio de violencia física. Sólo con sus acciones, expresiones y modos de tratar a los otros ya es un ser antisocial alejado del respeto a los congéneres.



El narcisista patológico está, por supuesto, lleno de odio a la vez que es envidioso; por eso, trata a los demás como objetos, los cosifica y así los maneja en último término como trastos, porque para él eso es lo que el resto suele ser. Todo debe ir encaminado a su propia gratificación, y ésta ha de ser inmediata. El modo de relacionarse es constantemente indicativo de que necesitan tener siempre el control sobre los otros, a la vez que no sienten ninguna empatía, es decir, no se ponen nunca en el lugar del otro, en cómo le puede influir lo que él haga, ni se le pasa por la cabeza. El fundamental es él.

Es tremenda la capacidad de manipulación que tienen y cómo se les ve a menudo su deseo de que fracasen los demás. Por ejemplo, usted puede comprarse un coche potente y bello, el narcisista le dirá: “que bueno... que a ver si le funciona bien porque en realidad esa marca de coche no suele ir muy bien, porque el motor falla y porque suele haber terribles accidentes de automóvil debido a que son muy potentes y poco controlables”.

Creo que el deseo está bastante claro. El mensaje inconsciente trata de decir algo así como: “Vamos, que te empotres con el trasto ese de cuatro ruedas y no me recuerdes que mi coche es peor, o que yo no tengo, porque yo sigo siendo mejor que tú”. Y esto es aplicable a más cosas: tu trabajo será peor que el suyo; tu novia menos atractiva; si te comprometes y él no, estás *zumbado* y si te casas y el no, fracasará en el matrimonio. Todos estos vaticinios que estas personas hacen se basan en que confunden el pronóstico de lo que le puede pasar al otro con el deseo de lo que ellos quieren que le pase. Por ejemplo, el que fracase en su matrimonio *puesto que muchas parejas se rompen*, como le dirá el narcisista ya que sólo él puede tener el protagonismo.

Los psicoterapeutas los tenemos calados. Cuando vienen a consulta, les da exactamente igual dejarte plantado en la sesión, que vayas a atenderles con fiebre o que te dé un maldito ataque de tos con ahogos. Nunca tienes razón en lo que dices acerca de su caso y si la tienes es de chiripa; de hecho, hay psicoanalistas que a este tipo de pacientes no los cogerían para hacer terapia. ¡Y eso que estamos preparados para lo peor! Así que imagínese todos los que desconocen la dinámica de com-



portamiento de estos sujetos y se topan con estos individuos o incluso se casan con ellos. Vean lo que les espera y cómo van a sufrir. De todos modos, esto no quiere decir que los terapeutas nos rasguemos las vestiduras por tener que tratarlos, puesto que conforme avanza el tratamiento, las cuestiones narcisísticas van descendiendo y se hacen cada vez más llevaderas en la tratabilidad de estos casos.

Todos estos sujetos saben que son inseguros y que necesitan de los demás; que también dependen de los otros, como cualquier ser humano. Y pese a que den el pego con una imagen de superioridad e incluso de chulería extrema, en el fondo, saben lo que hay; tienen por buen entender que su falta de confianza es patente, pero ante el mínimo atisbo de esta natural fragilidad, se vuelven más rígidos y refuerzan sus comportamientos, aumentando en sadismo.

Estos supernarcisos no son solamente egoístas sino que son también *egotistas*. Mientras que calificamos de egoístas a los que todo lo que les importa es lo suyo y lo de los demás nada, el egotista muestra preocupación por los demás: se esmera, proporciona ayuda y es un benefactor, modelo o eso parece, pero lo que en realidad quiere es consolidar una imagen de cara al público de benefactor o altruista que le beneficie a sí mismo (Cencillo, 2000, p. 127) montando una escenificación en la que parece, y sólo parece, que benefician a los demás. No se aplican, desde luego, el precepto evangélico de “Haz que tu mano izquierda no perciba lo que hace tu derecha” (Mt 6,3).

Son los falsos altruistas, los que parece que se entregan *en cuerpo y alma*, y de los que ya unos cuantos estamos más que hartos, pues estas personas lo hacen todo *por cumplir*, y es que lo duro es quedar mal por no tragar con determinadas situaciones en las que *se ha de cumplir*. Suele ser mejor no tener que dar la imagen de perfección social y pecar de poco diplomático por mostrar la disconformidad en determinadas ocasiones, que venderse a lo que socialmente se espera y a lo que es *políticamente correcto*, pero este tipo de personajes egotistas jamás cederá en este cometido, pues lo que prima es sumar puntos, para seguir siendo los primeros en todo cuanto sea posible.



Así que si no quiere sentirse anulado constantemente como ser humano no ponga un narcisista en su vida, y si ya tiene alguno póngale límites y no le deje que ocupe tanto espacio, dado que supongo que también necesita usted respirar, quejarse, ser atendido, sentirse querido... y no estar bajo la dictadura de quien es esencial y el más importante, de quien solo con su presencia ya denota que todas las atenciones deben de ir dirigidas hacia él, y esta persona puede ser el amigo –poco amigable, desde luego– de turno, el familiar maravilloso o –en el peor de los casos– la pareja, dado que todo este comportamiento es execrable para quien lo sufre.

Como última reflexión al respecto, cabe apuntar que en la actualidad los medios, las vigencias e incluso algunos libros dedicados a la autoayuda, promueven el vivir bien a toda costa y el *quererse uno mucho* cuestión que como tantas otras se confunde y se torna en algo tan diferente como *me tengo que querer mucho y gratificarme del modo que sea*, no de una manera ética, sino artificialmente dispuesta a partir de lo que las tendencias y modas dictaminan como adecuado.

De esta manera, se puede promulgar como válido el ascender en lo laboral a toda costa, gratificarse sexualmente de modo inmediato y, sobre todo, el tener, poseer muchos objetos que den la sensación de triunfo. Constituye la clásica confusión entre el tener y el ser, temática que lleva a unos cuantos a enloquecer entre tanta amalgama de posesiones y riquezas.

Esto, a su vez, se relaciona con el concepto, manido hasta la extenuación, de *calidad de vida*. Parece que para tener esta calidad de vida se ha de tener todo a la última y de primera calidad: un móvil para cada miembro de la familia, tres televisores, al menos dos coches, buena y lujosa mesa (preferiblemente fuera de casa, para que se les vea)..., y esto no tiene por qué dar necesariamente una mejora del nivel de vida de las personas, quizá tan sólo cause problemas, alienación y temor de perder lo que poseen, convirtiéndose, entonces, el ansia de tener, en una paradoja que termina por volverse contra el que buscaba una vida lujosa y tranquila.



Esta gratuita ostentación de bienes que nuestra sociedad muestra cada vez más gustosamente, recuerda a un arcaico ritual, el *potlach*, que tribus de Nueva Guinea llevan a cabo en épocas de celebración. Destruyen sus bienes delante de jefes de varias tribus para demostrar así su poder. Esto es lo que simbólicamente muchos hacen en nuestra sociedad: dilapidar, *quemar* sus recursos como supuesta muestra de poder. Y esto se hace de varias maneras: invitando a copas, rodeándose de pertenencias y adornos –en la mayor parte de los casos inútiles–, etc.

La cuestión es que el narcisismo sin medida lleva, por tanto, a graves equívocos que en último término se vuelven contra el que quería mejorar y sentirse mejor persona y más válido. Esta clara tendencia a sobresalir rodeándose de caros objetos, de bellas mujeres o de posesiones no puede hacer sino que demostrar la grave carencia que existe en el plano personal, poniendo de manifiesto que quien anhela esto por encima de todas las cosas, en realidad es un ser humano frustrado, inseguro y con una gran necesidad de ponerse bellos envoltorios para encubrir lo que inconscientemente siente como una gran falla en lo más profundo de su ser.

Lo cierto es que, con tanta comedura de coco sobre el público, se confunde de manera constante la autoayuda del *quererse siempre*, y que hay quien maníacamente se cree que puede lograr ser feliz siempre. Y esto no es posible, puesto que la realidad siempre impone barreras a través de los distintos registros y de las vertientes desconocidas que posee, poniendo en jaque nuestros planes. ¡Qué decir de los planes del que pretende ser siempre feliz, y defender el eslogan de *todo va bien!* Eso es una utopía que de lograrse, en cierto modo se hará a través de perjudicar a otros en beneficio de su disfrute (Cencillo, 2002b).

Uno de los rasgos más claros del narcisismo patológico es el creerse en el derecho de tener que poseer una felicidad cuasi eterna, constante e intocable. Y quien persigue esto, a menudo se da muchos *morrazos*, pues en la vida existe la frustración y el fracaso. Así que



cuando los planes no salen, de modo desadaptativo se pueden buscar soluciones gratuitas que proporcionen la ilusión de ser feliz. Una de ellas es la que a continuación describiremos, el alienarse en el consumo compulsivo de drogas.



5

LA INSOPORTABILIDAD DEL ALCOHOLISMO Y OTRAS DROGODEPENDENCIAS

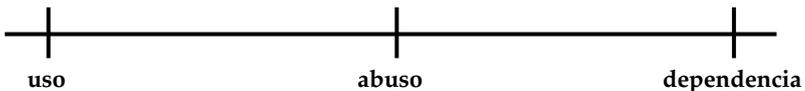
Droga traidora, que cada vez se coloca de modo diferente.
Como si estuvieran manipulándome algo, detrás de la
conciencia, sin que yo pueda mirarlo.

H. Michaux (bajo los efectos de la mezcalina), 1960.

1. La personalidad del drogodependiente

En primer lugar, ha de decirse quién es una persona dependiente de una droga. Para ello hay que detenerse en explicar el continuo: uso, abuso y dependencia que podría esquematizarse como un segmento:

Figura 1: Esquema del consumo de drogas.



Según el esquema se puede *usar* una pastilla de éxtasis, es decir, *hacer uso* de ella, consumirla esporádicamente tal vez para experimentar, como hay quien lo hace con el LSD, en momentos puntuales. El uso o consumo aislado no tiene por qué poner necesariamente en



peligro la vida del sujeto, a no ser que tome una sobredosis en relación a lo que su organismo puede admitir o que tenga *un mal viaje* como les ha sucedido a muchos en la toma de ácidos lisérgicos.

Se puede hacer *abuso* de la sustancia, tomando más de una dosis de modo reiterado y con acotaciones de tiempo pequeñas y, en último lugar, se puede caer en una *dependencia*, en la que el sujeto necesita constantemente de la sustancia para salir de marcha a bailar *bakalao* todo el fin de semana o varios días, o ir a los *afters* para relacionarse o ligar. En la dependencia, no sólo de éxtasis sino de cualquier tipo de droga, es donde se observa que si la persona no consume sufre *el síndrome de abstinencia*.

La dependencia es, entonces, un estado en el que la persona sufre de diversos síntomas cuando se abstiene de consumir determinadas sustancias. Así, podemos observar temblores y sudores fríos en el caso del heroinómano; o nerviosismo ante las asociaciones psicológicas y el deseo de inhalar humo, como ocurre en el caso de la dependencia al tabaco, cuando la persona se acostumbra a fumar un cigarro después de la comida, con el café, antes de dormir... El individuo, además de lidiar con los síntomas físicos que produce la abstinencia a la nicotina, tiene que vérselas con las continuas circunstancias de su vida cotidiana asociadas con el acto de fumar. En el caso del alcohólico también pasa con los vinos a la hora de comer, las copas con el café, las de la noche...

En la dependencia hemos de distinguir entre dependencia física y psicológica. Se entiende por *dependencia física* aquel estado alcanzado por el organismo, que le lleva a habituarse a tener dentro de sí determinadas sustancias, sin las cuales sufre trastornos de diversa consideración (síndrome de abstinencia).

La *dependencia psicológica* se caracteriza por una necesidad compulsiva de tomar la droga de modo constante para obtener sensaciones psíquicas como placer, desinhibición o exaltación y también para evitar percepciones desagradables como la angustia.

Desde los planteamientos más freudianos, se suele decir que los drogodependientes tienen una personalidad oral, es decir, que conti-



nuamente necesitan de la gratificación inmediata, no sólo por la boca, ya que el esnifar cocaína o el inyectarse heroína son también simbolismos de oralidad, de incorporar al cuerpo diversos elementos. Es cierto que la oralidad de estas personas es extremada, de hecho son capaces de hundir moral y económicamente a su familia, bien sea de la que provienen, la que ellos crean o ambas.

El arrepentimiento por regla general sólo se produce cuando están satisfechos y bajo los efectos de la sustancia que tienen por costumbre tomar o de las sustancias, según el caso; fenómeno este último que recibe el nombre de *politoxicomanía*.

La oralidad desmesurada se refleja a menudo en la poca empatía que sienten hacia el prójimo, el cual es usado para conseguir su dosis. No sólo pueden dedicarse a estafar o robar a cualquiera, sino que también son capaces de agredir violentamente a sus padres y hermanos, a la vez que robar o vender cualquier bien familiar. Para ellos y de modo general, las relaciones humanas están cosificadas, sirven para alcanzar la droga. De hecho, un porcentaje elevado de su red social, de su entramado de amistades, está compuesto también por drogadictos, produciéndose un círculo en el que se hallan quien sabe dónde comprar, quien vende, quien fía o quien puede introducirles en el negocio desde abajo como camellos.

Las teorías que se centran en la oralidad tienen una parte de razón en la génesis y mantenimiento de estas conductas, pero no toda. Han de tenerse en cuenta otras variantes de fundamental importancia. Al igual que en el tema del narcisismo y su vuelco sobre la imagen corporal de modo negativo, también se observa que el drogadicto no es precisamente una persona con mucha seguridad en sí mismo ni con un grado de autoestima muy elevado, dado que recurre a artificios para sentirse en otro estado de conciencia, es decir, para ser otro.

Por otro lado, mientras hay drogodependientes que hacen una vida social *normal*, hay otros que se encuentran totalmente enajenados en la inactividad, sin pretensiones, ni metas, ni trabajos por realizar. El paro es una cuestión hartó problemática en la actualidad, pero por



supuesto hay quien se escuda en esta circunstancia para decir que no hay trabajo o que el que hay es muy precario.

La temática de la que hablo no es exclusiva de los drogadictos, ya que hay otros que no se proponen ni de lejos el buscar ocupación de ningún tipo, puesto que todo les viene mal y todos los trabajos y actividades –valgan también las de estudio– contienen dificultades: “es muy duro”, “está mal pagado”, “es una explotación”... Cuestión que no hace más que mostrarnos un factor de fondo que estriba en un gran egoísmo, dado que estos sujetos se comportan, en definitiva, como niños mimados que no quieren asumir responsabilidades: todo lo quieren sin esfuerzo y de modo inmediato.

Adler (1930) nos advertía sobre este tipo de personas que no hacen sino encubrir la más absoluta falta de cooperación para con los demás, dado que no quieren asumir un puesto en la sociedad que les lleve a ayudar a los otros. Con *puesto* nos referimos a algo muy general, desde un empleo en el sector servicios, a los estudios previos al ejercicio de una futura profesión, hasta la laboriosa tarea de ser madre y preparar a otros seres humanos en el camino de la vida.

Nos encontramos –más veces de las que quisiéramos– con sujetos que no quieren tomar un rumbo en la vida, y que en la treintena o cuarentena (e incluso más), no tienen *oficio ni beneficio*, ubicándose en una posición de queja continua y de absoluta paralización; eso sí, chupando de la familia o de la pareja, que es la proporcionadora del sustento económico, además de realizar las tareas cotidianas (hacer la comida, la compra, la limpieza), puesto que el otro hace como si realizara alguna tarea o hiciera por encontrar alguna ocupación.

Muchos son los testimonios que conozco al respecto y la constante común que encuentro es que estas personas no quieren hacerse cargo de responsabilidad alguna. Prefieren, con mucho, lavarse las manos y que los demás hagan el trabajo y lleven el timón.

Retomando de nuevo el tema que nos ocupa, en la etiología de la personalidad del drogodependiente es fundamental el papel de los padres. Al comienzo, tal y como hemos visto, cobra vital importancia



el papel de la madre como reguladora de las primeras funciones del bebé, así como de la educación que le inculca en cuanto a la tolerancia frente a la frustración y las demoras de la gratificación.

Al respecto y de modo muy claro, los psicoanalistas De Casarino y De Leonetti (1993) hablan de la *frustración óptima* como elemento fundamental de prevención en la personalidad de quien abusa y depende de sustancias psicoactivas, es decir drogas. Según ambos autores, este modo de frustración es óptimo porque las decepciones en las que se ve abocado el niño no son traumáticas, sino beneficiosas a largo plazo por enseñarle que sus deseos inconscientes y conscientes no se cumplen tal y como ellos quieren, además de comprender que estos deseos no tienen que ver mucho con lo que en realidad sucede, es decir, que la oralidad desmedida del niño se ve encuadrada de manera más adaptativa.

Si a un niño le concedemos siempre lo que pretende y siempre se sale con la suya, no aprende lo que son las frustraciones; sin embargo, si se le dice *no* y se le educa adecuadamente, pronto se hará cargo de que las cosas no saldrán siempre como él quiere, y esto son frustraciones óptimas.

La repetición de estas frustraciones óptimas hará que el *yo* de ese niño constituya una personalidad sólida y con principio de realidad, siendo así menor la probabilidad de que la gratificación inmediata del consumo de drogas se apodere de esta persona.

Hay a quien no sólo no se le frustró de un modo pedagógico, sino que se hizo más bien *lo justo* o lo mínimo por él, y cuando se suele hacer lo justo por un ser humano, éste no suele salir bien parado. Por eso, también hay un perfil de drogadicto en el que entrarían todos aquellos drogodependientes que no han estado provistos de afecto en un buen grado y que toman una relación con la droga que fantaseadamente les hace sentirse bien con ellos mismos, sin los escollos que les puede plantear el saber que están solos y que lo han estado cuando era necesario un afecto, una sonrisa, el apoyo de alguien, una respuesta, en definitiva, de que son queridos y, al menos, especialmente por sus padres.



No se quiere decir con ello que la falta de afecto tenga que desembocar necesariamente en un abuso de drogas, pero sí que, a posteriori, se observa que en el pasado de estas personas hubo bastante de esto.

Estos mismos autores señalan unas características comunes en las familias del drogodependiente:

- En su familia hay otros casos de adicciones al tabaco, al alcohol u otras drogas; pero la adicción puede no ser tan clara como en el consumo de estos elementos, y que el drogadicto tenga un padre ludópata o una madre con oniomanía (necesidad compulsiva e inmediata de comprar). También puede darse el caso de que en su familia haya un consumo excesivo de fármacos o psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, etc.), dado que estos también son susceptibles de crear dependencia pese a que algunos afirman que no entrañan tanto peligro.
- Otra circunstancia que puede verse en las familias de estas personas es que tienen una mala alianza marital, es decir que la penosa relación de los padres se sostiene por tener en común al hijo drogadicto que hay que cuidar, y esto es también válido en la explicación del mantenimiento de otras patologías psicológicas y físicas de distinta condición.
- Se observa, asimismo, en los padres de los drogodependientes que no les han puesto límites, que no les han frustrado óptimamente y que para cuando han querido hacerlo, era ya demasiado tarde. Es curioso el paralelismo que se encuentra entre esta falta de límites y la dificultad que tienen las personas que abusan de drogas o que han tenido un pasado de abuso en mantener las variables del encuadre de la psicoterapia.

Los profesionales, al tratar a cualquier paciente bajo una orientación psicoanalítica, fijamos una duración de las sesiones, un pago de honorarios y una frecuencia entre una sesión y otra. Es bastante común que en los primeros meses e incluso años de tratamiento sean incapaces de asistir frecuentemente a las sesiones o de abonarlas en su debido momento. Se deduce, por ello, que las personas con dife-



rentes problemas de drogadicción tienen muchos problemas para aceptar los límites que se le proponen.

Por supuesto la educación temprana es vital, y es probable que la concienciación fuera mayor de lo que es si se utilizara en mayor medida. Pero tampoco es la panacea esto de la prevención educativa. En una ocasión en la que impartí clases a otros profesionales sobre prevención de drogas, una mujer discutía conmigo sobre la infalibilidad del método preventivo. Ella –muy idealista– decía que si se avisaba a los padres y se les concienciaba, irían siempre al colegio del hijo a participar activamente en los programas de intervención. Yo argumentaba que habría padres que por motivos diversos no iban a acudir; la mayoría, porque preferiría negar la existencia de tal problema. Allí había un joven que me daba la razón. Pidió permiso para hablar, se levantó y sacó un recorte de periódico en el que se hablaba de la baja participación de los padres en este tipo de programas preventivos. Este hombre resultó ser un exalcohólico que comentó que, desde luego, él nunca habría ido a un programa de ese tipo al colegio de su hijo, porque la confrontación con su propio problema le hubiera sido dura en exceso.

Fundamental para comprender la personalidad del drogadicto es la formación de su *sí-mismo* o *self*. El *sí-mismo* es una instancia hallada en todo ser humano y que equivocadamente se suele confundir en algunas ocasiones con el *yo*, siendo conceptos distintos (Guerra Cid, 2002).

Hartmann (1937) diferenciaba el *yo instancia*, que es el comentado en el capítulo I y que fue descrito por Freud, del *yo representación* que sería la identidad o la imagen que la persona tiene de sí-mismo –self–. Subcomponiéndose en subestructuras, el *self* contendría tanto al *yo* como al *ello* y al *superyó*. La fenomenología del narcisismo está íntimamente ligada a la percepción del *sí-mismo* y a las inversiones (inversiones) energéticas que hacemos sobre nuestra imagen.

Así, se puede decir que en los drogodependientes se ven heridas –grietas en el *self*– a partir de la primera relación con la madre. En primer lugar, hay falta de empatía; por eso, tienden a utilizar a los demás como decíamos antes y fundamentalmente hay un vacío. A través de los análisis de pacientes con dependencias, se ve cómo lo que en reali-



dad ocurre es que no se puede tolerar ni la ansiedad ni la depresión. La droga tiene el efecto de rellenar el vacío sentido, cuestión que es solamente ilusoria y, por supuesto, irreal (De Casarino y De Leonetti, 1993).

Por eso, antes, al hablar de la negación como mecanismo de defensa, se aludió a la analogía del alcohólico, al que –por algún lado– se le puede colar la realidad que no le gusta y recurre a la copa para, a modo de ansiolítico, relajarse y no sentir la ansiedad.

Por tanto, hay problemas en el nivel afectivo de estos sujetos desde que son infantes. Se identifica a las madres de los drogadictos como madres con caracteres bastante limitados: infantiles (poco maduras para afrontar la maternidad), ambivalentes (cuidan al niño y se quejan en demasía de ello), narcisistas (demasiado preocupadas por sí mismas), esquizoides (con tendencias claras al psicoticismo a la vez que huyen del contacto con el niño), depresivas (siempre tristes, nada les conforta medianamente) y con tendencia a enfermar (ocupadas de sus propios dolores y necesidades físicas).

La madre es la primera que debe aportar seguridad, consistencia y continencia a las ansiedades del bebé. Si se halla en alguna de las circunstancias descritas, no va a poder hacerlo, porque bastante tiene con sostenerse a ella misma.

La cuestión es que esta actitud de la madre no explica por sí sola que un sujeto pueda ser posteriormente drogodependiente, ya que éste puede desembocar también en otras actitudes psicopatológicas. Asimismo, existen variantes posteriores que hacen que se decante por el abuso de la droga para quizá de modo mágico creer que así recuperará su autoestima, confianza y fortaleza.

Por descontado, también hay cierta tendencia a tener una fantasía que consiste en creer que se podría vivir disfrutando siempre: “todo va bien, nada me preocupa ni es negativo”. Aunque lo cierto es que el principio de realidad y el sentido común nos dicen que es imposible la existencia del ser humano en un continuo disfrute.

No es posible disfrutar siempre y si esto se hiciera de un modo constante, sin duda sería a costa de que otros no disfrutaran, por ver-



se sometidos y explotados (Cencillo, 2001c). En el caso del drogodependiente, son varios los que no disfrutaban con su hedonismo continuo, entre otros los familiares que si no han sufrido las consecuencias económicas, lo harán como fruto de los efectos de tener un hijo o una hija alcohólica, cocainómana, adicta a los éxtasis...

Hablamos, pues, de un problema que se localiza en la base de la personalidad y que, con el paso del tiempo, no hará más que acrecentarse, pues *el tiempo no lo cura todo* como se suele decir.

Antes de continuar, es interesante comentar que aunque vemos factores de importancia en la familia de estos sujetos, y aunque vienen con una base estructural de su personalidad deficitaria, la persona es la que tiene siempre la última palabra en cuanto a hacerse drogadicto o abandonar la adicción, en el caso de que ya lo sea. A nadie se le obliga a tener adicciones, pese a que provengan de un entorno carente de afectos o vivido como poco afectivo.

Es decir, que lo que no se puede hacer es justificar siempre estas actitudes. Aunque desde el campo de la psicología dinámica se entienda y comprenda esta circunstancia, no por ello quiere decirse que no se pueda cambiar, como si la persona tuviera que vivir siempre en esa circunstancia de destructividad para consigo mismo y los demás. Esto recuerda a las reflexiones que Adler (1930) hacía acerca del neurótico, el cual muchas veces justifica sus comportamientos y actitudes por todo lo que ha sufrido en su infancia o en acontecimientos del pasado, dando un significado erróneo a su vida y pareciendo que hay un mensaje que dictamina que los demás tienen que aguantarse por ser él (el neurótico) como es y por hacer lo que hace. Esta cuestión nos orienta a imbuirnos en el próximo apartado.

2. "Sufro y sufres mientras me drogo"

El siguiente asunto que conviene delimitar inmediatamente es el paralelismo que encontramos entre el narcisista patológico y el drogodependiente. Ambos destruyen al otro, queman los recursos económicos y energéticos de la familia, agotan la paciencia de psicoterapeuta.



peutas y médicos, y todo lo hacen desde una posición en la que ellos son el centro y la prioridad –primero la dosis y luego lo demás–.

Por ello, piense usted: ¿no es el drogodependiente un tipo concreto de narcisista? Así lo parece en cuanto a que prima por encima de todo lo demás su necesidad de drogarse o de beber para hallar el estado de conciencia anhelado.

Pero en el caso que abordamos, el sujeto también se destruye a sí mismo, a la vez que provoca sufrimiento a los demás. Es por ello que en múltiples ocasiones se identifican estos comportamientos como agresiones externas. De Casarino y De Leonetti (1993) tienen una tesis curiosa de por qué ocurre esto, basada en la teoría de las relaciones de objeto.

Si recuerda usted, hemos dicho anteriormente que el bebé tiene grandes dificultades al comienzo para diferenciarse del otro, creyendo en ocasiones que está fusionado con la madre. Es decir, que no distingue entre el *yo* y el *no-yo* –esto es, el otro–; por ello, para estos autores existe la posibilidad de que el niño, ante la angustia percibida y la no absorción por parte de la madre de esta, tiende a atacarla, a hacerle daño con la conducta autopunitiva de drogarse porque en cierto modo no distingue en su estructura inconsciente el *yo* del *no-yo*, pudiendo de modo fantaseado e inconsciente pensar que *al meterse un pico, una raya o una pastilla* está hiriendo a la madre que no lo cuidó y, por supuesto y por extensión, al padre y a otras figuras importantes.

Es una venganza contra el objeto malo –encarnado en la madre– que no supo asumir sus funciones de contención de agresividad. El problema es que, en este intento, el sujeto se autodestruye a sí mismo.

A aquella función de relleno del vacío estructural sentido por el sujeto, debe añadirse, por tanto, esta otra que demuestra la hostilidad hacia el entorno. Por cierto, se habrá usted dado cuenta de que hasta ahora no he mencionado el problema del ambiente facilitador de la distribución de drogas. Lo hago ahora porque creo que es secundario respecto del tema de la personalidad del drogodependiente que hemos venido describiendo.



Si es cierto que debe de regularse y con mucho la situación del mercado de las drogas –tanto de las legales como de las ilegales–, es también cierto –probablemente más– que la educación y la prevención deben tener, asimismo, un papel relevante. Pero, en ocasiones, esto tampoco es suficiente, así que en último término es el individuo –al que, recordemos, no se le obliga ni se le exige que se drogue– el que tiene la última palabra y el que puede demostrar que es poseedor de su identidad, que no necesita un falso *self* que se nutra de sustancias que le hagan vivir otra experiencia, que le hagan creer que tiene un *self grandioso*, un sí-mismo que se vive idealizado, como omnipotente, en una versión narcisística extrema de su sí-mismo real.

3. “Yo no soy alcohólico, bebo para relacionarme”

Esta frase y otras muy semejantes son las que oímos a menudo psicólogos, médicos, abogados e incluso jueces en procesos penales cuando el individuo alcohólico se excusa con que es un bebedor social, es decir, una persona que bebe con los amigos, con los clientes –y con quien haga falta– pero por un ritual social, por tomar algo mientras se charla. Es, como puede usted observar, una racionalización –quizá la más clásica– de quien tiene problemas con la bebida.

Y es que el alcohol es una droga legalizada en buena parte del mundo y, por tanto, suena como puritano el hablar de sus aspectos negativos. Suele ser muy lógico beber en celebraciones sociales (comuniones, bodas, cumpleaños, ascensos de trabajo...) y aquí, por supuesto, sí que estamos hablando de un ritual social más o menos adaptado. No se trata de lo mismo, cuando el individuo bebe todos los días, o, en el caso de los jóvenes, cíclicamente los fines de semana, los cuales pueden ser de viernes a domingo o incluso de jueves a domingo. Es el *alcoholismo de fin de semana*.

En estas circunstancias es cuando el ritual se *sale de madre* y encuadra al individuo como un alcohólico. Este problema, al igual que las otras drogodependencias, a la larga suele desencadenar problemas no sólo familiares, sino también sociales y laborales.



Es bastante normal observar cómo en el comienzo de estas situaciones, e incluso en el mantenimiento de ellas, la familia del alcohólico niega el problema: “Pero si sólo se toma el vino para comer y alguna copita. Es lógico, como todo el mundo”. Como en prácticamente todo lo que es problemático, el hecho de negar las circunstancias que crean, mantienen o provocan el problema incide con especial influencia. A menudo he hablado con mucha gente –no necesariamente pacientes– que se toman todo esto como algo normal a lo que no hay que darle importancia porque *quien más o quien menos siempre bebe algo*. La cuestión es que, a la larga, se observa que es quien más, porque los datos acerca del abuso de alcohol en España son escandalosos. Por citar uno de interés, cabe destacar que en el año 2002 –según un estudio de la empresa Canadean– se consumieron en nuestro país 120,8 litros de alcohol por habitante.

Lo que ocurre es que el consumo, al ser tan brutal, produce una negación colectiva, por lo cual cuando alguien denuncia la situación, se suele tratar de quitar peso al asunto como si todo esto fuera muy excusable, tachando al que expone la situación de mojigato o de tener una deformación profesional que le lleva a analizar todo. Son todas cuestiones dirigidas a escurrir el bulto y no reflexionar: un modo de actuar, por cierto, muy de moda hoy en día.

4. El alcoholismo en España

Consultando datos reales vemos como éste no es un problema para tomárselo tan a la ligera como se toma en muchas ocasiones. En 2001, la FARE¹², en un estudio realizado en nuestro país, señala que el perfil de consumo diario de los denominados bebedores de gran riesgo se centra en los varones entre 40 y 65, con estudios primarios estando separado o divorciado. Mientras que los jóvenes con más riesgo de ser bebedores habituales son los que se encuentran en el intervalo

12. Federación Nacional de Alcohólicos Rehabilitados de España. Datos sacados del periódico *El Diario Vasco* (13/10/2001).



entre 15 y 29 años. Pero este es un perfil muy general, es decir, que puede haber muchos otros individuos fuera de estas características que también son alcohólicos.

En dicho informe se considera para catalogar a los bebedores de gran riesgo diario, el consumo de trece cañas o seis cubatas al día, en hombres y de 8 cañas o cuatro cubatas, para las mujeres. ¡Vaya cifras! Y esto, los que lo reconocen. Sume usted a todos aquellos que no lo hacen y podrá observar que el peligro no es tan banal como pareciera.

Los datos asustan a cualquiera. Entre los 15 y los 24 años hay casi un 3% de bebedores diarios –un 0,3% en mujeres–, pero en la franja entre los 40 y 65 años hay un ¡32,5%! de hombres que consumen alcohol a diario y un 9,7% de mujeres.

Como añadido a todo esto, se encuentra el dato de muertes producidas por el alcohol en el que, además de las típicamente relacionadas como pueden ser los accidentes de tráfico, enfermedades cardiovasculares (las relacionadas con el corazón especialmente), las oncológicas (que se suelen simplificar como cáncer), la cirrosis y el suicidio (estos factores provocaron en España 12.271 muertos al año¹³), habría que añadir otras como las del alcohólico que es además maltratador de turno y psicópata que asesina a su mujer, a sus hijos, a su suegra..., los accidentes laborales, en los que la maquinaria pesada es manejada por un alcohólico o éste se despeña por un edificio o un puente... y algunas otras causas que a veces no se tienen en cuenta, pero en las que influye directamente este elemento.

En cuanto a abuso de alcohol y accidentes de tráfico, la DGT –a principios de 2003– hizo públicos unos datos acerca de la asociación entre muertes por accidente de tráfico y drogas. El 48% de los conductores habían consumido alcohol, drogas o psicofármacos, datos que vienen fundamentados por las autopsias realizadas por el Instituto Nacional de Toxicología. No sólo se hallaba consumo de una droga, sino que a menudo aparecían asociadas. El consumo de alcohol con cocaína fue la combinación que con mayor frecuencia se observó.

13. Información publicada en *El periódico de Cataluña* (5/10/2001).



Por otro lado, el consumo entre la población joven de bebidas alcohólicas es especialmente poco tranquilizador. En Europa hay 55.000 muertes ¡solamente de jóvenes! al año relacionadas con esta sustancia.

Creo que ahora, analizando los datos, no tiene tanta gracia como usted ve, ni es tan normal, ni mucho menos excusable, ni se puede dejar pasar que la gente se *ponga ciega* a todas horas. Los datos cantan y hablamos de miles de personas que mueren al año, e incluso matan a otras como es el caso de los accidentes de tráfico en los que el que va bebido acaba con la vida de otros. Es, por todo ello, momento de pensar qué sucede en nuestra civilización, ¿tan cruel y dura es la existencia en nuestra sociedad como para emborracharse de modo continuo para eludir la cotidianidad de la vida? Parece que sí, dado que hay una patente necesidad de estar desconectado en demasía de todo, con la feliz ayuda de la botellita, los vinitos y las cañas, todo muy social hasta que se rompe el fino hilo que mantiene la situación y estalla el alcoholismo como un hecho.

Lo mismo ocurre con otras dependencias, ya sea el consumo de otras drogas (marihuana, éxtasis, cocaína...), los problemas de juego (ludopatía), los enganches al chat en internet, la vivencia de un deporte como si fuera la vida en ello, etc.

5. Drogas de síntesis

Suenan mucho en la actualidad las denominadas *drogas de síntesis*, mal llamadas drogas de diseño puesto que no son drogas ni a la carta ni nuevas (por ejemplo, la píldora del amor o MDA se sintetizó ya en 1910). Se denominan correctamente *de síntesis*, porque se sintetizan de modo artificial en los laboratorios, sin componentes naturales.

La más conocida y consumida de las drogas sintéticas es el éxtasis, que suele presentarse en pastillas con un dibujo grabado que diferencia su nombre. Esta droga también es denominada como MDMA¹⁴ (por su base de metanfetamina) y, en argot, pirulas, rulas o pastis.

14. 3,4- metilendioximetanfetamina.



Una gran estupidez al respecto del consumo de éxtasis es la imagen que se pretende dar de sus consumidores; según esta imagen, no toman otras drogas porque sólo beben agua, cuestión que no es cierta porque, como se refleja en la encuesta domiciliaria a población general (1999), los consumidores de éxtasis son politoxicómanos en gran parte. Por ejemplo, un 93,1% consume también hachís; un 91,4%, alcohol; un 87,3%, tabaco y un 53%, cocaína.

Se trata de algún modo de racionalizar por parte de los consumidores que esta sustancia no crea adicción. Sin embargo, sí existen cuadros de dependencia, cuyas principales características comportamentales son el descenso de la capacidad para enfrentarse a responsabilidades familiares, laborales y/o sociales.

También hay otras drogas sintéticas que son consumidas, algunas derivadas de la metanfetamina como el Speed (clorhidrato de metanfetamina), en argot hielo o meth. Otras, con otros principios como el Polvo de Ángel (PCP) o la EVA (MDME), pero todas con un denominador común en cuanto a sus efectos de euforia y elementos alucinógenos.

Cabe decir que el éxtasis líquido (GHB) y el éxtasis vegetal, aunque son drogas sintéticas, nada tienen que ver con el éxtasis comentado con anterioridad pues sus principios activos son completamente distintos.

Entraña un gravísimo riesgo el hecho de confundir el éxtasis con otras drogas de síntesis. Un ejemplo muy claro de ello, lo constituyen las cuatro sustancias de la familia 2C¹⁵ que, en apariencia son semejantes al éxtasis, pero tienen efectos inversos, mientras en el éxtasis predomina el efecto estimulante, en las derivadas de la 2C el efecto es alucinógeno, puesto que estas drogas no son para bailar sino para tomarlas mientras se escucha música, sentado o echado, son por ello denominadas *after drugs*.

Estas nuevas drogas de síntesis son muy peligrosas puesto que la diferencia entre la cantidad para percibir los efectos y la sobredosis es

15. Información revelada por *La Vanguardia* (21/12/2002).



pequeña. Además, los efectos tardan en aparecer casi hora y media, por lo cual si se confunde con éxtasis y se toma una nueva pastilla para percibir las sensaciones aportadas, es muy probable que los efectos se multipliquen y sean fatales.

Cabe preguntarse si los consumidores habituales de todas estas sustancias, que por habituales ya son dependientes, no tienen ningún tipo de problema psicológico como algunos osan afirmar. Entonces ¿cómo es que mediante la psicoterapia dejan automáticamente de tomar estas sustancias? Es decir, dejan de hacerlo, ya no les hace falta experimentar, como dicen algunos, para ocultar su drogadicción. Esto es porque los referentes de ansiedad que sostenían su estado de ánimo van desapareciendo y, por tanto, ya no hay necesidad de tomar la droga para rellenar el vacío y paliar, de modo negador, la angustia.

Decir que estas sustancias no tienen efectos secundarios es ya una leyenda. Últimamente ha habido varios casos de muerte por éxtasis. De enero a julio de 2002 hubo en el Reino Unido más de 40, incluida la de una niña. ¡Qué decir del escándalo en el pabellón Martín Carpena de Málaga en marzo de 2002 en el que fallecieron dos jóvenes!

A parte de la muerte, hay otros síntomas que sin llevar a ésta son preocupantes. Uno de ellos es, en mi opinión, el del *flashback*. Lo que ocurre es que con estas drogas el sujeto, bajo el efecto, percibe la realidad distorsionada, pudiéndose dar incluso alucinaciones. En el fenómeno del *flashback* ocurre esto mismo, pero sin haber tomado la sustancia, lo que puede provocar a la larga un estado psicótico en la persona, porque ya no distingue la realidad de la ficción.

Por otra parte, se han observado en Europa casos de jóvenes consumidores de drogas sintéticas que han fallecido. Mediante la autopsia se han observado síntomas parkinsonianos y del mal de alzheimer. No es que tuvieran estas enfermedades, sino que su cerebro se encontraba en un estado penoso con signos y secuelas de ese tipo de enfermedades.

Asimismo, los efectos producidos por la mezcla de éxtasis con el consumo de alcohol son muy peligrosos y tremendos, ya que, aunque



se quiera hacer ver que los dependientes de esta sustancia consumen sólo agua, no es así. La cuestión es que la consumición de las dos sustancias puede dar lugar al efecto denominado *golpe de calor*, estado en el que entra el sujeto caracterizado por una fuerte fatiga, además de un drástico aumento de la temperatura, pudiéndose producir el coma y la muerte por paro respiratorio.

¡Hay que ver qué drogas tan ventajosas si no tienen ningún efecto secundario...! Después de este comentario irónico sólo quiero recordarle que las personas que fallecen por el consumo de estas sustancias va en aumento, y que se trata de un fenómeno ya extendido por toda la Unión Europea y que preocupa a la mayor parte de los estados miembros.

6. Alucinógenos

Los alucinógenos no deben de confundirse con las anteriores sustancias descritas. Estos vienen presentados en algo que se puede asemejar a pastillas, pero que en realidad son papeles, con dibujos especialmente atractivos para los niños y adolescentes, que están impregnados de sustancias alucinógenas.

Los alucinógenos se denominan, en argot, *tripi* (de *trip*, viaje en inglés). Hay varios como la mezcalina o el famoso LSD-25 (ácido lisérgico), que es el de uso más extendido. El principal efecto de estas sustancias es el de modificar la percepción de la realidad de quien la toma; por eso, puede desencadenar en graves episodios psicóticos en los que el individuo no puede distinguir con claridad entre lo real y su percepción alucinante. Además, también se puede dar el fenómeno del *flashback* antes comentado.

El consumidor también puede tener lo que se denomina un *mal viaje*, sufriendo crisis de pánico que pueden llevarle a realizar agresiones externas y contra el mismo.

La diferencia fundamental con las drogas de diseño es que éstas no están encaminadas a estimular ni a provocar euforia, sino simplemente a modificar la realidad percibida por el sujeto, cuestión que,



como venimos repitiendo –y lo seguiremos haciendo cuantas veces haga falta–, es del gusto de muchos con tal de no tener el valor de intentar al menos aceptar quién se es y las circunstancias en la que se vive. Algo absolutamente contrario a la afirmación que hacía Ortega de “Yo soy yo y mis circunstancias”.

7. Otras sustancias

Al comenzar este apartado, se ha de decir, en primer lugar, que ha de tenerse en cuenta que el perfil de drogadicto ha ido cambiando en España. En los primeros 80, el drogadicto solía consumir heroína inyectada y provenía de estatus socioeconómicos medios e incluso bajos; ahora el consumo de heroína ha disminuido, sobre todo, a partir del año 1995. En los 90 el drogodependiente tomaba más cocaína inhalada y su posición económica era más ventajosa –siempre teniendo en cuenta perfiles generales–. De hecho, por primera vez en el año 2002 esta sustancia provocó más muertes que la heroína en España.

A principios del s. XXI parece que, además del consumo de cocaína, predomina también el de cannabis (hachís y marihuana) y el de las drogas sintéticas antes comentadas. Esto entre las ilegales, puesto que las legales (alcohol y tabaco) siguen teniendo una amplia aceptación entre los consumidores españoles, aunque parece ser que la de tabaco va disminuyendo tímidamente.

También ha cambiado el ritual en el que se consume la droga. La heroína comúnmente se tomaba en grupo, pasándose la jeringuilla entre los heroinómanos, lo cual ha provocado miles de muertes por el SIDA, y formas especialmente patológicas de hepatitis.

La cocaína quizá sea una droga más individual en su toma, pero las drogas sintéticas están claramente relacionadas con fenómenos grupales en los que un baile y una música específicos tienen un gran valor ritualístico.

En cuanto al gasto económico es, sin duda, la cocaína la que más problemas sociales y familiares puede crear, pues es un vicio bastan-



te caro, en el que el cocainómano necesitará dosis prácticamente a diario, por lo cual puede verse inmerso incluso en problemas con la ley ante actividades delictivas que pueda llevar a cabo para conseguir su dosis de droga.

Respecto de los consumidores de cannabis, hay que decir que la actitud de los asiduos (o porreros) es bastante compleja y defensiva. Sus intelectualizaciones son tremendas, porque dicen que los porros hacen menos daño que el tabaco. Esto es muy discutible, puesto que parece que la mezcla con tabaco potencia los efectos de éste, aunque para algunos lo es porque “como se experimenta con pacientes que tienen cáncer...”. Indudablemente esto no es ni científico ni serio, porque la mayor parte de las sustancias adictivas empezaron o se desarrollan en laboratorios para experimentación médica.

Lo mismo dice el fumador, que el alcohol es peor, y el alcohólico dice que el tabaco es peor porque la copa se la toma sólo él y el que fuma hace inhalar a los demás el humo. Todo son racionalizaciones e intelectualizaciones cuya función básica es negar las problemáticas suscitadas por las drogas.

El cannabis va en aumento en su consumo y hay quien utilizándolo dice muy contento que le desinhibe, le hace ver las cosas con más claridad y le permite expresarse mejor. Todo es muy cierto, porque todas estas vivencias forman parte de los efectos secundarios, pero la cuestión es que el abuso de esta sustancia produce luego un deterioro bastante severo en la memoria, en la capacidad de concentración y, por supuesto, en los procesos de aprendizaje, por lo que es *de lo peor* que hay para los estudiantes, ya que les influye de modo nefasto en su rendimiento, pese a que crean que quizá están estimulando su intelecto.

De ahí que –como puede usted comprobar– esa consumición amparada en la falsa excusa de que así se mejora la actividad intelectual es totalmente falsa. Además, el perfil del fumador de cannabis se relaciona con el policonsumo, puesto que suele ir acompañado del alcohol y muchas veces del tabaco, para la mezcla de la marihuana. Para los que dicen que no provocan los problemas pulmonares y bron-



quiales del tabaco, hay recordarles que el consumo continuo de porros, petas o como quieran llamarse provoca también problemas de ese tipo puesto que al fumarlos sin filtro y apurándolos hasta el final, se observan, entre otras problemáticas: casos de bronquitis, problemas cardiovasculares y descenso de la actividad del sistema inmunológico.

Finalmente, hay que señalar que los que dependen constantemente de medicamentos de tipo psicofarmacológico (ansiolíticos, sedantes...), pueden convertirse en auténticos drogodependientes a la vez que en pacientes crónicos, incurables.

Lo que ocurre es que el paciente que siente ansiedad o no puede dormir, poco a poco o de golpe, puede incrementar sus dosis produciéndose primero una tolerancia y una dependencia después que lo lleve a estar en exceso ansioso ante la falta de la medicación correspondiente.

Es por ello que desde el campo de la psicología se cree mucho más correcto atenuar las ansiedades desde la organización semántica de los problemas, a no ser que estemos ante problemas muy graves que necesariamente requieran medicación, la cual, en todo caso, siempre podrá ser temporal.



6

EL ENFERMO CON PODER

“Los síntomas del histérico se agravan a menudo cuando el sujeto espera obtener de este modo un aumento de la piedad o consideración hacia él”.

S. Ferenczi, 1933.

1. “Cuanto más me enfermo, más importancia tengo”

Otra manera a través de la cual las personas nos podemos manifestar como insoportables y manipuladoras, la encontramos en el padecimiento de una enfermedad física o de una problemática psicológica –que también, a menudo y equivocadamente, se denomina como enfermedad–. Ni mucho menos toda persona enferma es manipuladora; no es esto lo que se quiere transmitir en este capítulo, sino la facilidad con que algunos manejan la situación de la enfermedad para tener cerca de sí a los familiares y amigos, así como lo sencillo que les resulta hacerles sentir culpables si no se compadecen u ocupan de ellos.

Pero habría que empezar por diferenciar entre lo que es enfermedad física, trastorno conversivo, hipocondría y simulación.



- Para que haya *enfermedad física* tiene que haber daños a niveles materiales del organismo y/o disfunciones diversas en éste.
- En el denominado *trastorno conversivo*, hay una disfunción clara, por ejemplo, una mano que apenas se puede mover, pero sin haber daño orgánico-físico, es decir, sería un desajuste meramente psicológico.
- En la *hipocondría* no suele existir problema físico, pero la persona de manera hipervigilante está atenta a cualquier indicador de su organismo para interpretarlo en términos de enfermedad. En caso de haber un pequeño dolor o disfunción, el hipocondríaco tenderá a exagerarlo.
- En la *simulación*, o bien no hay ningún tipo de problema o bien a partir de pequeños síntomas se monta *el numerito* y se exagera sobremanera una supuesta enfermedad.

Un ejemplo de enfermedad que se puede exagerar en sus síntomas –sin que se esté simulando– se observa en algunos procesos de dolor crónico. En esta dolencia parece bastante claro que los factores psicológicos influyen para que subjetivamente se tenga una mayor sensación de dolor o que se esté más vigilante ante los estímulos somáticos derivados. Como ejemplo de factor psicológico que interviene en estos casos, tenemos el de la ansiedad, puesto que provoca una mayor intensidad de la sensación de dolor (Miró, 2003).

En el primer capítulo ya se mencionó la conversión como mecanismo defensivo que a veces subyace a un cuadro más complicado denominado *histeria de conversión*, delimitado por Freud, y gracias al cual –y a las tan preciadas histéricas tratadas por él– tenemos hoy en día el psicoanálisis, puesto que, al hilo del trabajo por el que intentó curar esta patología, se fue haciendo un perfeccionamiento de la técnica, que llevó a una forma cada vez más fina de intervención en estos problemas psicológicos. Anteriormente, ya Charcot observaba mujeres que, sin daño orgánico aparente, sufrían de incapacitaciones físicas que llevaban con mucha resignación. La llamaban la *belle indifférence*, porque las pacientes mostraban una absoluta indiferencia ante los síntomas presentados.



Pero algo fundamental en lo que el padre del psicoanálisis se fijó es en lo que convino a denominar *ganancia secundaria* o *beneficio secundario*. Le explico. Si, pongamos por caso, ante el deseo de pegarle un puñetazo a alguien se reprime este impulso y, luego, a través del mecanismo conversivo su brazo pudiera quedar paralizado, obtendrá, por un lado, una ganancia primaria con esta incapacidad, una huida hacia lo patológico que, por de pronto, ya encubre factores que no son tolerados (en este caso, el impulso agresivo). La ganancia secundaria, además, le reporta otros factores de sumo interés, como pueden ser la atención de los demás, un mayor cariño o eludir responsabilidades.

Además de amordazar aquel factor de la realidad que se mostraba como intolerable (la agresividad), en un segundo paso, el paciente histérico descubre que eso le reporta múltiples beneficios, cuestión que hará que la incapacidad física se haga cada vez más rígida porque, en cierto modo, se produce un goce en el síntoma que tanto parece reportar, aunque a veces, y de cara al exterior, se diga “¡pobrecito, cómo sufre! ¡qué cruz le ha caído al hombre con esa afección que tiene!”.

Otro ejemplo clásico de síntoma conversivo es el del desmayo. Me refiero a esa circunstancia en la que a la persona *le da un sofoco*, y con mucha teatralidad se cae al suelo. ¿Cómo diferenciar si esto es un síntoma conversivo o no?

La manera más lógica es hacer los análisis pertinentes para descartar patologías físicas. Pero hay otra circunstancia que a menudo se muestra como casi infalible, la que reside en el hecho de que quien se desmaya esté rodeado de gente o no, es decir, que haya alguien siempre muy cercano que le coja a tiempo de caer. Si no hay público que vea el desmayo ni quien le recoja, el histérico se cuidará de no caer contra el suelo.

Pero no sólo en lo conversivo tiene un papel fundamental la ganancia secundaria, ya que hay mucha de esta en varias enfermedades físicas o en psicopatologías diversas en las que el enfermo aprovecha para manipular. Por eso, muchas veces las personas no quieren curarse.



Como se ve, este concepto freudiano está en cierto modo en relación con el ya comentado por Adler de *arrangement*, en cuanto a que el arreglo que se hace de los síntomas neuróticos produce un plus benefactor en sus vidas. Recuerde lo dicho anteriormente de cómo determinadas neurosis le dan al individuo una excusa para no afrontar aspectos que le son sumamente costosos.

2. “Mientras me enfermo ¡qué poca responsabilidad tengo!”

Las ganancias secundarias hacen reflexionar acerca de un dato de lo humano, que siempre pone contra las cuerdas a las personas: la responsabilidad. El padecer una dolencia psíquica y/o física puede suponerle a la persona una perfecta coartada para eludir determinadas responsabilidades o confrontar situaciones que no le son precisamente gratas.

Se ve mucho la ganancia secundaria de determinados problemas en casos en que los estudiantes ante la situación de prueba sufren de crisis de ansiedad o se ponen extrañamente enfermos. Hay quien discute esto y dice: “Pero ¿cómo puede ser que después de prepararse los exámenes lleguen y fracasen por algo motivado por ellos mismos?”. Muy sencillo. En primer lugar, la motivación es inconsciente, es decir, lo que el principio del placer dictaminaría sería no enfrentar la situación ansiógena del examen. Entonces, lo que ocurre es que salta un dispositivo que hace que se eluda esa situación, por ejemplo, con un ataque de pánico o una crisis de angustia en la que son tales los nervios que la persona queda incapacitada para llevar a cabo la tarea. Se pone tan nerviosa que es incapaz de enfrentar la situación.

También habrá –por el mismo mecanismo– procedimientos histérico-conversivos, es decir, pérdida de una función sin daño físico. Recuerdo como en mi último año de carrera, en un examen, la chica que estaba detrás de mí se desmayó al ver las preguntas. Cuando recobró el conocimiento había perdido la vista y la tuvieron que acompañar a casa porque no veía. Al poco me comentó que había sido del exceso de nervios ante la complejidad que el examen le plan-



teaba por lo que sufrió de ese acceso. Hizo una conversión que le proporcionó no sólo no realizar la prueba, sino que ésta le fuera aplazada para otra ocasión.

Asimismo, se puede dar una enfermedad física en estos casos. Una persona se prepara un examen, pero en realidad le da pavor enfrentarse; por lo cual y como *por casualidad* –y creo que si no hay verdades absolutas en lo humano, tampoco hay casualidades–, esa mañana o la noche anterior empieza a tener fiebre, gripe, una extraña infección... Y esto que cuento es extrapolable a otras circunstancias como pueden ser una entrevista de importancia y que produzca tensión, el trabajo o cualquiera de las causas que puedan resultar farragosas para la persona.

No sería justo que dejara éstas como únicas explicaciones del por qué se puede enfermar físicamente desde factores exteriores, ya que ante una situación de fracaso, ante los exámenes u otras circunstancias de la vida en que uno también se siente examinado, al menos habría otras dos:

La primera tendría que ver con que realmente haya un descenso de defensas y la persona enferme, una bajada del sistema inmunológico provocada por la exposición continuada y sostenida de estrés, que provoca a la postre una enfermedad física. Y es esto una de las múltiples formas en las que se manifiesta lo psicossomático, es decir, la enfermedad física producida por elementos psíquicos. En cualquier proceso humano, media siempre el factor psicológico; circunstancia del todo normal puesto que somos una unidad funcional soma (cuerpo) - psique (alma/mente).

En los anteriores casos el cuerpo también falla y el proceso psicossomático también ocurre, pero la diferencia está en que se da una tendencia a huir de la situación, mientras que en lo que comento ahora, no; la persona enferma, pero quiere llevar a cabo su tarea; simplemente, el cuerpo no le ha respondido, no ha llegado más allá y falla en el momento crítico. Seguramente las personas inmersas en este caso irían al examen aunque tuvieran 39 de fiebre; en el anterior, no acudirían tan sólo con tener una tos fuerte y un ligero abotargamiento.



En la segunda situación puede que a la persona que le ocurren estas cosas y fracase (enferme, se ponga ansioso, se quede en blanco en una prueba), sea porque tiene miedo al éxito; o lo que le proporcionaría salir de la situación actual es rechazado por temor a lo desconocido que vendrá luego y que, sin duda, provocará que haya más responsabilidades. Recuerdo a un estudiante de magisterio que comentaba cómo en un examen que se había preparado estupendamente, fracasó porque no se había presentado, se le olvidó poner el despertador y se quedó dormido. También son ejemplos muy típicos y comunes los de las personas que arrastran una asignatura de manera constante y no terminan de acabar su bachiller, su módulo de FP, su carrera... o arrastran asignaturas simbólicas de su vida y nunca terminan un ciclo para empezar otro. Siempre están atrasadas, fuera de tiempo y lugar.

3. Conversión y psicósomática

Ha de hacerse especial hincapié en la necesidad de diferenciar entre lo conversivo y lo que se denomina psicósomático, dado que a veces hay una tendencia a confundir ambos términos.

En un capítulo posterior me centraré más sobre los inicios y las escuelas que estuvieron encargadas de estudiar esta disciplina, pero como anticipo puede decirse que es en los años 40, cuando se pone especialmente en boga esta disciplina. Se decía que en la conversión el síntoma es simbólico, simboliza algo, mientras que el síntoma psicósomático no lo es.

Pero esto no es realmente así. Por ejemplo, si una persona pierde la capacidad de hablar sin haber nada físico que intervenga podemos hipotetizar que calla algo o que se quedó mudo frente a algo que le sobrepasó, o que no dijo algo que debía en un momento determinado y perdió el habla, observándose aquí el simbolismo al que me refiero.

Pero una persona también puede estar sin habla por una afonía psicógena, es decir, que las anginas pueden estar dañadas físicamente y la garganta inflamada, siendo un síntoma psicósomático o más bien funcional, lo cual no quiere decir que por ello no tenga simbolismo. Se le



podieron poner anginas ante el hecho de tragarse sus palabras, como suele decirse, porque reprimió algo que quiso decir y no se atrevió.

Es más lógico pensar que la forma más veraz de diferenciar entre lo psicossomático y lo conversivo sea la aparición de daño físico o disfunción demostrable, cuestión que acaece en la circunstancia psicossomática.

Como principios básicos de la disfunción psicossomática pueden citarse los siguientes (López Sánchez, 1985):

1. Lesionabilidad orgánica y/o disfuncionalidad de órganos o sistemas.
2. Autonomía del síntoma, es decir, éste sigue su propio curso, no se disipa por factores de intervención psicológica. Una úlcera, una vez que está desatada, no se cura con psicoterapia, sino que necesita de un tratamiento médico. La psicoterapia puede modular en tal caso la personalidad del individuo que le lleva a tener tendencia a enfermar del sistema gastroduodenal. Siguiendo con el ejemplo, por hacer psicoterapia, el individuo que sufre de úlcera no se curará del agujero que ya tiene hecho en su mucosa.
3. En las personas que tienen un problema psicossomático, se observa que hay una disociación negadora de la realidad, porque separan como realidades independientes la situación en la que vive el individuo de sus síntomas; por ejemplo, no reconociendo que determinados ataques de tos nerviosa y asma tienen que ver con la ansiedad que producida por el trabajo.
4. La enfermedad física tiene un continuo riesgo de empeorar con tendencia a los pronósticos negativos, dado que puede que los órganos y sistemas dañados puedan ir a peor con el paso del tiempo.

Tanto el paciente conversivo como el psicossomático pueden utilizar sus síntomas como cetro de poder modificando a su antojo y disponiendo sobre cómo han de distribuirse determinados aspectos de la vida social y familiar. Lo mismo ocurre con cualquier tipo de desajus-



te psicológico: agorafobias, crisis de ansiedad, depresiones... cualquiera de ellas puede emplearse como arma arrojada contra los familiares o amigos: “Con lo enfermo que estoy y tú no me cuidas”, “No haces nada por tu pobre madre, pese a que está sin poder sostenerse”.

Eso sí, al igual que le he comentado a colación de otros aspectos, he de incidir en que todo esto no tiene que cogerse por donde más quema, puesto que no se dice que toda persona enferma quiera manipular el ambiente, sino que hay quien utiliza esta circunstancia e incluso la exagera para obtener unas buenas ventajas.

Pero en este intento de instrumentalizar la enfermedad obteniendo poder, puede haber consecuencias que el enfermo no calibra. Una de ellas puede ser que ante tan abrumadora demanda de recursos, el entorno termine por cansarse y *pasar* del enfermo pensando que, en realidad, la persona tiende a exagerar lo que le ocurre –aunque incluso se esté muriendo–; de este modo, el enfermo pierde el apoyo y se convierte incluso en tema de mofa y cotilleo por parte de quienes le rodean que incluso pueden llegar a caricaturizar sus dolencias, tomándose a guasa.

Puede ocurrir, por otra parte, que el efecto sea contrario, es decir, que en vez de ayudar o dar cariño al enfermo, el entorno reaccione de un modo agresivo contra él culpándole por su enfermedad y su actitud, dándose comportamientos que pueden llegar a acciones violentas y agresiones encubiertas, con deseos –en accesos de ira– de que la persona se muera y, así, deje de atormentar con tanta queja. No en pocas ocasiones he oído que se subía el volumen de la televisión, la radio o la música, e incluso se le cerraba la puerta al enfermo para no escucharle.

Otra consecuencia no esperada acontece cuando se extrema la utilización de la enfermedad para culpar a miembros de la familia, e incluso chantajearlos con las propias dolencias. Del mismo modo, se puede encontrar un discurso que puede ser claro o infraliminal acerca de la parte de culpa que los demás pueden tener en la propia muerte por haberle matado a disgustos. En ocasiones, si esto se hace de parte de uno de los padres a uno o más hijos, puede provocar



—a su vez— en éstos deseos de suicidarse para así, de modo fantasioso, devolverle la pelota al padre o la madre de su culpa por haberse quitado la vida.

Y es que, poco a poco, hay personas que se van reventando y cansando de tener que asumir la mentira de que ellos son partícipes y causantes de la enfermedad que padece el otro; cuestión que ese otro, sea quien sea, se ha encargado concienzudamente de transmitir. Es algo así como: “mis problemas cardiacos son culpa tuya” o “mi depresión es por tu falta de interés en mí”..., cuando —curiosamente— las personalidades con tendencia a enfermar de cáncer (personalidad oncológica), del corazón (personalidad cardiópata) o del estómago (personalidad ulcerosa), entre otros, tienen menos tendencia a quejarse abierta o encubiertamente de la relación de su mal con factores psicológicos en los que otros intervienen, y, precisamente, ha sido bastante demostrable que en este tipo de patologías los factores ambientales son sumamente importantes. Por el contrario, los que son más manipuladores, conversivos e incluso los que simulan, presentan una tendencia mucho más clara a victimizarse y a atribuir a los demás la responsabilidad.



7

CONSECUENCIAS DE LAS VIRTUDES HUMANAS: LA DEPRESIÓN

Si la felicidad es una actividad ejercida conforme a una capacidad, es razonable que se trate de la capacidad más perfecta de la mejor parte del hombre.

Aristóteles, *Ética a Nicómaco*.

1. ¿Qué es la depresión?

Ante tanto desmán que las personas llevamos a cabo, puede entenderse que hay quien sufre en demasía de estas desvirtudes auténticas, bien porque posee unas cuantas, bien porque ha tenido que aguantar las de unos cuantos. De este modo, se producen estados de tristeza que, comúnmente, convenimos en denominar *depresión*. Pero esta es una categoría diagnóstica en la que caben muchos factores, quizá demasiados. En ocasiones hasta problemas meramente físicos, que sirven para tratar de explicar mecanismos más complejos.

En general, el proceso de la tristeza viene a menudo después del contacto con los otros. La persona se viene abajo, sufre de diversos síntomas de índole indefinida –tanto psicológicos como físicos– y el psicodiagnóstico va en la dirección de una depresión. Son muchos los médicos que a simple vista juzgan y emiten un juicio en el cual se incluye un tratamiento farmacológico para paliar la sintomatología.



Pero hoy en día se diagnostica de depresión y de su referente conjunto, la ansiedad, como siglos atrás se hacía con las calenturas (Cencillo, 2002a). Las sanguijuelas que antaño se ponían al sujeto ahora son psicofármacos cuya función no es otra que acallar todos los signos que el estado de ánimo emite, pero sin escuchar, elaborar ni comprender la realidad de esa persona concreta que se queja. No es que esté afirmando que aquellas sanguijuelas tengan la misma capacidad terapéutica que los psicofármacos, pero sí que en la práctica clínica actual se observa cómo se dan estos *por inercia* y por sistema.

Los antidepresivos y, sobre todo, los ansiolíticos se recetan como caramelos en muchas consultas para todo: pérdida de un ser querido, pérdida de empleo o estar quemado por el trabajo, y en sólo estos tres ejemplos vemos tres casos que no son ni parecidos entre ellos, pero a los que se ha etiquetado con un psicodiagnóstico de depresión, dando una medicación inmediata.

¿Por qué no son iguales los ejemplos anteriores? Porque, grosso modo, en la muerte de un ser querido estamos ante el proceso de duelo y no necesariamente tiene que haber una depresión; para que ésta se dé, deben tenerse en cuenta otros criterios diferenciadores entre los que se puede destacar el tiempo. Es lo que Freud convino en diferenciar entre *duelo* y *melancolía*. Cuando se pierde el trabajo y hay rasgos de tristeza, lo más común es la existencia de pensamientos negativos de inutilidad, de no valía o de haber sido maltratado, etc.; no necesariamente de depresión; y, en el último ejemplo, quien acude por estar abrumado por su trabajo y no poder rendir, puede tener rasgos de tristeza o apatía, sin embargo, puede que no tenga una depresión, sino el conocido síndrome de *burnout* (síndrome de estar quemado).

Por lo tanto, como se ve, lo que ocurre es que existe otro factor fundamental, y es que, en cualquier desajuste psicológico, siempre hay un elemento –mayor o menor– de depresión y ansiedad. ¿O es que una persona aquejada de bulimia nerviosa no tiene ansiedad ante el impulso inevitable de vomitar y tristeza depresiva ante el hecho de no poder sobreponerse a ello? ¿Qué decir de un estudiante con fobia a su propia carrera universitaria? ¿Acaso no sufre de ansiedad cuan-



do se enfrenta con sus apuntes, sus clases o los exámenes, además de darse cuenta de su impotencia que le arrastra a una tristeza crónica?

Tenga presente que en una depresión diagnosticada, así sin más, y cuyo único tratamiento es farmacológico, nunca se va a tener en cuenta el proceso psicológico, afectivo y emocional que se dio –y que se produjo la situación patológica–, que es sostenido por esa base de melancolía. Si se insiste en medicar y medicar sin más tratamiento que ese, es cuando cualquier individuo corre entonces el riesgo de hacerse un *paciente crónico*, que de por vida va a tener mejores y peores momentos, como dicen sus familiares, pero que, en definitiva, va a estar siempre pendiente de su padecimiento como un estado perpetuo que lo mediatizará el resto de su existencia.

Por supuesto que la depresión existe y es muy real, pero es casi imposible que vaya sola, sin estar solapada a su vez con otro tipo de psicopatologías y problemáticas humanas. Por eso es tan complicado el tratar esta circunstancia, porque se tiende a separarla de sus referentes existenciales más cercanos, cuando no se la intenta limitar exclusivamente a lo biológico haciendo un claro desprecio de la circunstancia de sufrimiento afectivo de esa persona que no parece tener más que algún problema de *bajada o subida de neurotransmisores*.

Por otro lado, cabe decir que hay quien saca muchísimo partido a su depresión o más bien a su tristeza crónica. Hay personas que tienen que ser las más tristes y tienen que estar en *el número 1* del top de los infelices y desgraciados, así que da igual que toda tu familia se haya despeñado por un desfiladero. Este sujeto, que es el que más sufre de todos, está peor que tú porque han diagnosticado de un problema cardíaco a su vecino, al marido de la compañera de trabajo... Es decir, que son tramposos en el juego de la vida que dictamina que el apoyo social ha de distribuirse; lo quieren todo para sí; el problema que usted tenga ha de verse relegado al sufrimiento que esta otra persona posea; aunque objetivamente sean mucho menores aquellos problemas e incluso ridículos, verá cómo se queja más que usted.

En este sentido, se observa un enorme afán de protagonismo, muy narcisista. Introyectan, en este caso –tal y como vimos en el capítulo I–



los problemas del exterior y los toman como propios. Quieren participar como si fueran la auténtica víctima. Si a su amiga le pega el marido, ella (la “depresiva manipulativa”) sufre más los golpes, introyecta su sufrimiento y está peor que la víctima; incluso, si puede, lo contará por todas partes para que se vea lo inmenso de su dolor por ella.

Con este tipo de personas que van de víctimas de todo en la vida (son, acuñando un neologismo, *panvíctimas*), es aconsejable tomar una buena distancia, pues antes o después querrán mucho más de lo que se les puede dar. Su oralidad desmesurada cargará al más paciente de los individuos, por lo cual es mejor remitirle a un lugar donde esa persona pueda confrontar por qué tiene esa visión del mundo que le lleva a ser el sufriente por excelencia. Este lugar no es otro que un encuadre psicoterapéutico, pero –para nuestra pasmosa sorpresa– veremos como la mayor parte de las veces, éstos que tanto padecen no quieren confrontar nada y prefieren seguir obteniendo raciones de padecimientos propios y ajenos para seguir igual de por vida. Para siempre y por siempre dirá: “Nadie ha sufrido tanto las injusticias de la vida como yo”.

Como si de buitres se tratara, siempre estarán pendientes de la putrefacción afectiva ajena, para devorarla y alimentarse así del pesar de los demás, con la intención de tener para ellos el mayor protagonismo posible por la pena, la aflicción y el tormento que los demás padecen.

2. “Tanto deseo ser feliz que soy alguien terriblemente triste”

Cuando se produce una depresión en sí o síntomas depresivos asociados a otro tipo de cuadros –que es lo más común– estamos, por regla general, ante una patología de lo existencial. Sí, delante de un trastorno de la existencialidad que nos deja bloqueados, sin motivación e incluso con resentimiento sobre el entorno. Tres son los factores fundamentales que inciden en los sentimientos depresivos y de tristeza en los seres humanos: la frustración, el fracaso y el deseo.

El deseo y sus expectativas, cuando no se llevan a cabo –tal y como se había escudriñado–, producen tanto la frustración como el



fracaso. La sensación de fracaso es una vivencia que da lugar a graves complicaciones en las personas. En ellas se produce una percepción depresiva y un resentimiento, puesto que se ven amenazadas en lo más nuclear de sus procesos de realización, lo cual provoca el estado de frustración, consecuencia o eco subjetivo de la anterior imagen de fracaso (Cencillo, 2002a).

Y es que en la educación occidental no se suele enseñar a fracasar y, mucho menos, a aprender de un modo constructivo de ello, y, menos todavía, ahora cuando lo que prima, como auténtico fenómeno de masa social, es la *operación triunfo*: ¿Hay algún voluntario para la operación fracaso? Ya suponía yo que no. Casi seguro que pocos están dispuestos a asumir el fracaso y tratan de encontrar lo positivo de ello, pero sin racionalizaciones. Esto sólo lo otorga una reconstrucción sólida de la personalidad a partir de un proceso existencial de calidad, como suele ser una psicoterapia en condiciones.

Una de las más claras causas en las que se ve envuelta la depresión humana es la equivocación en el objeto de deseo, por un lado, y las sensaciones subjetivas de fracaso, por otro; es decir, que la persona se puede sentir como fracasada, pero, tras un análisis serio, se puede ver cómo en realidad no hay razón para tal sentimiento, y que lo que hay es una estructura de la personalidad poco flexible y muy exigente que martiriza con la búsqueda y la reclamación de logros que confirmen la valía de su identidad.

Dicho con otras palabras, hay personas que siempre se creen en el deber de tener que llegar más allá, pero no saben por qué, simplemente es una línea directriz trazada que equivocadamente les lleva a desear y fijarse metas que no son, en realidad, del todo necesarias para ellos.

Este problema no es nuevo en la humanidad. El *Tao te ching*, compendio de filosofía china del sabio Lao-Tse¹⁶ que tiene 2500 años, ya habla de cómo el sabio no se puede obturar por el deseo. Ha de verse

16. Lao-tse significa literalmente *viejo maestro*. Algunos han documentado que su nombre real era Po-Yang Li. Se cree que este sabio chino vivió aproximadamente de los años 570 a 490 a.C.



cómo es la cualidad del deseo y en qué consiste en realidad un éxito o un fracaso, pues hasta la buena suerte y la mala suerte son relativamente malas o buenas, dependiendo de las consecuencias que puedan tener.

A este respecto le voy a contar una parábola china, que no un *cuento chino*, pues verá que tiene poco de cuento y mucho de real:

Un anciano granjero vive con su hijo cuidando y trabajando su explotación ganadera de caballos. Un día, por un descuido, uno de los caballos se escapa. Los vecinos, al enterarse del suceso, acudieron y manifestaron su pesadumbre por lo ocurrido. El anciano preguntó: – ¿Cómo sabéis que es mala suerte?

Unos días más tarde, el caballo que se había escapado volvió a la granja acompañado de una pequeña manada de caballos salvajes. Nuevamente, los vecinos acudieron a su casa y le felicitaron por la coyuntura, diciéndole cuán afortunado era. El anciano preguntó: – ¿Cómo sabéis que es buena suerte?

Al día siguiente, su hijo, al tratar de domar uno de los caballos salvajes, cayó y se rompió una pierna. Los vecinos le dijeron que era una pena que después de tener nuevos caballos uno de estos le hubiera causado un accidente. Nuevamente, el anciano preguntó a sus vecinos: – ¿Cómo sabéis que es mala suerte?

Otro día, unos oficiales iban reclutando jóvenes por la comarca para que ingresaran en el ejército y llevarlos a la guerra. Fueron a por el hijo del granjero también, pero al tener la pierna rota se libró del envite. De nuevo, la gente, les felicitó por haber tenido tan buena suerte. En esta ocasión, el granjero se limitó a decir: – Tal vez.

Y es que, en realidad, si usted reflexiona, el éxito o el fracaso se relativizan mucho dependiendo de las consecuencias que se producen después. Mucha gente se hunde, precisamente, por obtener un éxito que a la postre les parecía quedar grande, o les deprimía por haber cambiado sus ritmos y modos de vida o les angustiaba porque parecía que, a partir de ese momento, se iba a esperar mucho más de ellos.

De este modo, puede que quien quería crecer en sus negocios y ser un gran empresario se amargue ante el hecho de asumir mayores responsabilidades derivadas de tener más empleados y un mayor



volumen de trabajo; o que quien quería ascender jerárquicamente se queme por tener que llevar a cabo un mayor número de tareas.

Como observará usted, es muy difícil –como se viene comentando en capítulos anteriores– que haya verdades absolutas en lo humano, del mismo modo que lo es el hecho de perder o ganar, en términos absolutos de la expresión (Cencillo, 1992).

Ocurre a veces que hay una terrible sensación de vacío cuando se alcanza aquella meta que era tan anhelada. Una vez, un paciente decía para sí mismo esa cita tan cierta y contundente de *ten cuidado con lo que deseas, no se vaya a cumplir*. Es como aquello que decía el psicoanalista francés Jaques Lacan acerca del deseo incolmable que tenemos los hombres. Nuestra capacidad de desear cosas no para nunca; es como una sed insaciable que envuelve y camela; y se piensa que con aquello o lo otro, las frustraciones y demandas van a desaparecer; pero para que esto sea así hay que tener una capacidad madurativa muy grande que tenga como consecuencia una actitud de conformidad ante lo que hay, ante lo que se es.

En el taoísmo se propugna como meta fundamental no dejarse arrastrar por los deseos, en un razonamiento que se puede relacionar con lo que Lacan decía acerca del deseo incolmable dado que en el taoísmo se dice que una de las mayores desgracias es la de no estar nunca satisfecho. Ha de haber –como se lee en distintos capítulos del *Tao te ching*–, una moderación de los deseos, lo cual se contrapone claramente a guiarse por ellos. Seguir nuestra naturaleza interna sin depurar los impulsos llevaría a las personas, de modo lamentable, a tener una conducta desintegrada (Herce 2001). Acerca de esto, el *Tao te ching* ofrece diversos pasajes para la reflexión. Por ejemplo:

No hay mayor castigo que el poder de codiciar, ni desdicha mayor que la de no saber saciarse, ni vicio mayor que la ambición. La suficiencia del que sabe contentarse es suficiencia llevadera (c. 46^b).

Una de las más grandes paradojas que transmite el taoísmo y que viene a explicar parte de lo que aquí tratamos es el principio del *wu wei* (no acción), para alcanzar los logros, dice Lao-Tse:



El hombre perfecto se aplica a la tarea de no hacer nada y de enseñar callando. (c. 2^b).

El hombre perfecto se antepone, porque se ha propuesto; se queda, porque se ha apartado. Logra sus intereses privados, porque los ha desatendido (c. 7^b).

Dichas cuestiones están íntimamente relacionadas con lo que se viene diciendo. El *wu wei* o la no acción no debe interpretarse, al igual que las anteriores líneas, de un modo literal, porque lo que la filosofía taoísta quiere decir es que no se pueden forzar las acciones (acción no forzada), ante lo que pueda ocurrir. Por ello, cuando nos empeñamos en hacer algo porque sí, solemos hacer auténticas chapuzas porque forzamos la situación y, muchas veces, a las personas que la acompañan. Por ejemplo: queremos a toda costa que dos personas se lleven bien o queremos caer nosotros bien, y de modo forzado nuestra acción sale artificial, por lo que incluso podemos producir el efecto contrario.

El *wu wei* es la acción no forzada a la vez que se deja que el curso de las situaciones fluya naturalmente. Es este uno de los caminos señalados para que el hombre sea sabio, es decir, ese hombre perfecto del que nos habla Lao-Tse; pero nuevamente se da la paradoja de que el hombre que quiera ser sabio no lo debe buscar activamente (no hacer).

Es curioso. A veces se busca algo de un modo tan concienzudo que la persona se ciega y es incapaz de ver más; luego, cuando no lo estaba buscando, lo encuentra; y esto ocurre desde en la búsqueda de empleo y oportunidades hasta en la búsqueda de apuntes, fragmentos y párrafos para realizar un trabajo.

Señala Herce (2002) que el *wu wei* conecta con el budismo en cuanto a que el deseo se considera como la raíz del sufrimiento. La supresión de los deseos propugnada en el budismo se relaciona íntimamente con el *wu wei* taoísta. Y es que uno de los más enormes obstáculos hallados en el camino de la felicidad es el deseo obcecado en algo, porque, precisamente, ponemos en ese deseo nuestro cliché de felicidad –lo que creemos nosotros que nos proporcionará serenidad



y ventura–, pero sólo es eso: una creencia. Luego, la realidad de las situaciones emitirá el juicio sobre si eso era así.

De ahí, el título un tanto irónico puesto al inicio de este epígrafe. Buscar tanto la felicidad –en determinadas cuestiones– puede hacer de una persona una auténtica desgraciada. La búsqueda en una acción forzada y superficial puede dar con una sólida depresión.

3. La felicidad y el dolor

Llegados a este punto, se preguntará usted ¿qué es la felicidad? Para explicarlo, recurriré a las acertadas definiciones que el profesor Cencillo hace en una de sus últimas obras¹⁷. He seleccionado una de ellas, en la que la felicidad es vista como vivencia:

Autoposeción flexible de sí mismo (sin inhibiciones imaginarias) en relación abierta y creativa con valores y personas (2002a, p. 124).

Esta vivencia de autoposeerse –es decir, de ser dueño de uno mismo, de controlar la propia personalidad– es uno de los elementos fundamentales para ser feliz. Porque, indudablemente, esto implica que la persona maneja su propia vida de un modo saludable, no se la manejan; tampoco es controlado por sus instintos y fijaciones desiderativas; los demás no lo mediatizan, esto es: la pareja no lo controla, los padres/familiares no le transmiten deberes subjetivos y caprichosos, la suegra/o no le manda, el jefe o los vividos como superiores no tienen capacidad de acoso... Autoposeerse es controlarse, vivirse de un modo auténtico, sin trabas inoportunas de la misma persona que le lleven a fracasar. Esta es realmente la autenticidad que un ser humano puede lograr.

17. Recomendamos especialmente un trípede de obras del profesor Cencillo para el estudio más pormenorizado de algunos aspectos relacionados con el dolor, lo ganado y lo perdido. Pueden consultarse en la bibliografía final sus reseñas: “*Guía de perdedores*” (1992) y las dos últimas obras publicadas en 2002: *Cómo Platón se vuelve terapeuta* y *Guía de perdedores, perdidizos y perdidos*.



Por eso, a esta definición, Cencillo agrega otra en relación a la vivencia de la felicidad, que también alude a una identidad que esté integrada y asumida. Es decir, la suya propia, sin clichés acoplados de modo artificial.

Vivencia continuada –en instalación creativa– de una identidad integrativa y asumida, autodisponible y altruista, abierta a los valores objetivos que la realidad ofrece. (2002 a, p. 126).

Continuando con la cuestión de qué componentes constituyen la felicidad, se tienen en cuenta –por supuesto– elementos como la ausencia de inhibiciones imaginadas por la persona, esto es, inhibiciones subjetivas y con una relación de apertura y creación hacia las otras personas y valores. Se consideran, por tanto, las trabas que esas inhibiciones pueden crear. Póngase el caso de quien nunca termina de ser feliz por *el qué dirán*, siempre pendiente de un juicio que los demás pueden emitir sobre su conducta y, por ende, no comportándose de modo genuino por no enfrentarse o sobreponerse a la opinión ajena.

Cuántas veces hay personas que no se atreven a hacer tal u otra cosa –que nada tiene de malo ni nocivo para los demás– porque piensan: “¿Qué diría mi padre si me viera?”, “No puedo tomarme esas libertades por lo que pudiera pasarme”, “Me podrían echar del trabajo por ser flexible en este aspecto”, cuando la mayor parte de las veces todo se lo guisa y se lo come la propia persona y, en verdad, no hay nadie que persecutoriamente tenga tanto poder como para censurarlo, juzgarlo o tomar represalias por su conducta.

Esto puede incluso estar indicando altos gradientes de cobardía en quienes con inhibiciones constantes no son capaces de *soltarse* y hacer tareas u otras cuestiones que les apetezcan de verdad, que sin dañar al prójimo, les son prohibidas de una manera superyoica, rígida y patológica.

Cuando esas inhibiciones se vencen, las relaciones de esa persona con el entorno y con los valores afectivos y sustanciales de lo humano serán más objetivas y, por tanto, más sanas y adaptadas, permitiendo a la persona un disfrute más seguro y digno de su ciclo vital. Circuns-



tancia que engarza, a su vez, con la necesidad de amar, factor intrínseco a la misma felicidad, y sin el cual ésta no puede ser plena.

Para que la felicidad sea plena han de darse tres componentes: independencia del juicio ajeno (pero con elegancia, sin ser grosero con las opiniones ajenas), no dejarse alienar por criterios no asumidos y autoposición distendida y segura (Cencillo 2002b).

En el lado opuesto a la felicidad se encuentra el dolor, vivido como un desgarró existencial, mezclado con un sentimiento angustioso y una sensación continuada de impotencia ante lo que acontece en el ámbito de la persona. El dolor se relaciona –pero no es la única causa– con lo que los profesionales llamamos *duelo*, producido por la pérdida de algo o alguien, pudiendo ser la pérdida de un medio de vida (un trabajo) o la ruptura de pareja. El duelo duro por excelencia es el de la muerte de un ser querido.

Esta situación es complicada de por sí. La persona no sabe qué hacer y la autopercepción que se tiene puede rozar la pérdida de realidad, el no saber qué está pasando o por qué. Si esto ya es complicado de por sí, se le puede agregar otro aspecto. La mayor agravante de esta situación reside en que ante la más cruda de las frustraciones y la enorme sensación de impotencia, el entorno social de esa persona no reaccione y no la atienda, cayendo entonces en la más absoluta de las negligencias en que se puede caer como ser humano, respecto de las funciones de acompañamiento que se deberían dar.

Y esto es así. Hay quien se encuentra con una mujer muerta, un marido, una madre, un padre, un abuelo... y el entorno, la red social, no atiende o prefiere no atender –es lo más cómodo– la demanda que se plantea; y es que de esto tiene mucho la sociedad actual, de ser incompetente en el momento de la verdad, cuando el apoyo es algo tan necesario como el alimento.

Ocurre también que, en algunos momentos en los que se pone en juego esta situación, se puede *hacer el paripé*, realizando una teatralización absoluta de la situación acontecida.

En esto, el entorno social que hemos ido construyendo es –lo vuelvo a repetir sin pudor alguno– negligente: *no sabe* en la mayor parte



de los casos y, en otros, *no quiere saber* cómo sostener. El sentimiento de comunidad está adormilado: “todos tenemos nuestros problemas”, y como se escucha a veces “si se le ha muerto la madre qué le vamos hacer, ahora ya es tarde para hacer algo”. Pues, ¡qué va a hacer! ¡Contener y tratar de sostener un poco la situación!

La verdad es que todo esto contribuye a que la persona que se halla inmersa en un periodo de duelo, caiga más abajo todavía ante la flagrante incomprensión percibida en el entorno. Y es que es muy fácil decir que “se siente”, que “se está muy mal” –a veces hay quien incluso parece estar peor, aunque no conociera de mucho al afectado o no fuera allegado del familiar del fallecido, en un indiscutible acto de protagonismo neurótico–, que “así es la vida” o que “se reza cristianamente por su alma”, pero sin hacer absolutamente nada por siquiera acompañar o escuchar a la persona, puesto que lo de rezar es muy cristiano, pero también lo es, y más si cabe, la ayuda directa al prójimo, la solidaridad humana y el ser caritativo como anunciaba Pío XII en la encíclica *Summi Pontificatus*.

Antes de acabar con el duelo, hay que decir que es necesario distinguirlo claramente de la depresión, puesto que es lógico que haya un periodo temporal en la que preponderen sentimientos de tristeza y conductas apáticas. Sólo una posterior elaboración de los hechos y una asunción, en la medida de lo posible, de la pérdida mejorarán la situación.

Aparte del duelo, hay otras formas en las que el dolor se puede manifestar claramente. Una de ellas se entrelaza claramente con una depresión de corte existencial. Ante la autovivencia de inutilidad y de apatía, es decir, de encontrarse en un mundo en el cual la persona no se ve capaz de desarrollar tareas que la llenen en diversos ámbitos –como pueden ser la familia, la amistad, el trabajo– y de sentirse fuera de lugar e inútil, con una confianza en sí misma anulada y con un narcisismo inexistente. Este sí que es un patrón más puro de depresión y, sin lugar a dudas, con claro peligro de que quien lo sufra quiera abandonar, intentar suicidarse.



4. Hacia una búsqueda de soluciones

Este dolor existencial ya no es un síntoma asociado a otros rasgos, sino que se convierte en un modo preponderante de vivir que poco a poco aboca, a quien lo sufre, a caer en un vacío existencial que lleva a la convicción de abandonarse –a sí– y acabar con todo. Por supuesto, esto no se quita con consejos banales ni con frases estúpidas del corte de “Es una mala racha ya se te pasará”, “a ti lo que te hace falta es un novio” (cuando no se es más soez y se dice un polvo), “cógete unas vacaciones”, “vete al cine” o “trabajas demasiado” y esto incluso se dignan a decirlo algunos que se hacen llamar profesionales.

Suma cautela y mucho respeto es el que se necesita en el trato con quienes se encuentran en esta disposición, puesto que el menor patinazo sólo agravará su situación, por la lógica sensibilidad con la que el individuo reacciona ante el entorno. Por eso se encuentra así de mal, porque sus mecanismo defensivos que filtraban lo duro que su realidad le presenta han fracasado, y se encuentra acto seguido incomprendido por todos aquellos que le rodean, que se muestran incapaces de ayudarlo, cuando no rehuyen de él como si estuviera apestado.

Aquí está el dolor humano más tremendo. Es el dolor del alma y es cuando debe intervenir con claridad la psicoterapia. Dese cuenta de que, etimológicamente, *psicología* quiere decir el estudio del alma (*psiqué* en griego equivale a alma), por lo tanto, la mayor garantía para paliar el dolor psíquico es un afrontamiento que implique el trato humano, con otro entrenado para manejarlo desde lo semántico¹⁸, eso que el sufriente expresa verbalmente acerca de lo vivido.

Cuando se da un nuevo significado a lo que acontece en el mundo interno y externo de la persona se produce una *resemantización* (Cencillo 1988, 2001a), y esto lo consigue la persona en el proceso de convertirse en sí mismo mediante una psicoterapia eficaz. Y esto es serio y

18. Se quiere decir con esto que en las personas –a partir de lo verbal, del significado que las palabras tienen– se puede tratar la circunstancia depresiva desde lo simbólico que el lenguaje tiene, dando con el tiempo nuevos significados más objetivos a las personas, valores, cosas y a cualquiera de las circunstancias que se hallen inmersas en la realidad.



antropológico, pues en el estudio del hombre siempre se ha incidido en la capacidad que éste tiene de codificar su comunicación, de utilizar diversos códigos –por supuesto, diferentes entre personas y, más aún, entre conjuntos sociales y/o étnicos– con los cuales expresar distintas facetas de él mismo, entre las que destacarían las afectivas.

Por ello, cuando lo que significaba el ascender en el trabajo es desprovisto de su parte infantil –de ser grandioso, de sobresalir sobre el resto– se ve como algo en realidad inútil, y ya no se podrá jamás vivir aquello como un fracaso, porque el anhelo de destacar dejará automáticamente de tener valor para esa persona. Esto ocurre con una gran claridad cuando se descubre el entramado que el inconsciente de esa persona había diseñado para que ese ascenso tuviera un gran valor, es decir, la consecuencia que se ambicionaba desde esa circunstancia.

Esto no es tan fácil de conseguir, dado que requiere un tiempo de psicoterapia cuidadosamente estructurada, a la vez que una implicación muy activa del sufriente en el proceso de cura. Y es precisamente en la relación que establece con el terapeuta (transferencia) en la que hay una serie de experiencias emocionales que corrigen aquellos códigos impulsivos e infantiles que lo manejaban como un títere.

La máxima fundamental para que el sufrimiento se atenúe, máximo si este se relaciona con querer cosas físicas, es el desapego de las cosas, que es una práctica también promulgada por el taoísmo, antes citado. Este desapego es la base que sostiene la máxima del wu wei. Cuando es real y sincero, se sentirá con fuerza en el interior de la psique de la persona, teniendo un efecto de liberación de lo cósmico que la ata, una liberación del tener para ser, conceptos estos muy equivocados en nuestra cultura, ya que tener y ser son términos que implican circunstancias distintas.

Ha de repetirse que este es uno de los grandes problemas, comentado en aspectos como la envidia, los celos o el odio. La extrema codicia por poseer puede convertir a cualquiera en un ser amargado y triste. En el *Wen-Tzu*, libro de sabiduría china que también se atribuye a Lao-Tse, puede leerse: “Si tu codicia y ambición no tienen límites, las penas te matarán”. (c. 49).



8

CONSECUENCIAS DE LAS VIRTUDES HUMANAS: EL ESTRÉS Y PROCESOS AFINES

El distrés es enemigo de todo el mundo,
puede golpearlos de manera despiadada y afectar
no sólo a nuestro cuerpo, sino también al espíritu y dispone
de muchos medios para torturarnos y aniquilarnos.

H. Selye, 1974

1. ¿En qué consiste el estrés?

Es tal la cantidad de cosas que la ambición humana desea, la fragilidad psicológica y el abuso al que nos podemos someter unos a otros, entre otras muchas causas, que decimos sentirnos de vez en cuando estresados. Y ¿qué es el estrés? En primer lugar, es un término que ha pasado a la historia y al vocabulario popular, de mano del endocrinólogo y premio Nobel, Hans Selye (1936).

No se puede decir que él creara este término puesto que, como señala Bermúdez (1996), este concepto proviene de la física del s. XVII, en la que se mencionaba el estrés como aquella dinámica resultante de una presión ejercida sobre una estructura y la fuerza compensatoria que ésta tiene que realizar para no ceder a dicha presión, lo cual es una metáfora muy clara de lo que le sucede a muchas personas. Soportan una presión determinante, como puede ser una mala



relación de pareja o unas condiciones de trabajo paupérrimas, hasta que no se puede contener el estrés y la presión rompe la barrera que estaba sosteniendo aquello.

Completando dicha explicación, observamos cómo Estrella López (1999) cita, a colación de los datos recogidos por Lazarus y Folkman (1986), que dicha metáfora tomada de la física participa de tres aspectos básicos teniendo en cuenta las presiones físicas sobre las estructuras:

- Por un lado, estaría la *carga (load)*, que sería aquella fuerza que es realizada desde el exterior.
- En segundo lugar, encontramos una *fuerza interna*, que proviene desde dentro de la estructura (*estrés*).
- En último lugar, estaría la *distorsión (strain)*, deformación producida como resultado de la intervención de las dos variables anteriores.

Hay un pequeño error conceptual cuando nos expresamos bajo el término *estrés*, ya que nos referimos a un estado psicofisiológico que no tiene que ser necesariamente ni positivo, ni negativo. Por ello, debemos de insistir en la diferenciación que se ha realizado a este efecto, así podríamos hablar de un estrés “bueno” (*eustrés*) y un estrés “malo” (*distrés*).

El *eustrés* es un estado de activación psico-orgánica positiva y adecuada, porque produce un grado de operatividad óptima para rendir a niveles adecuados. Es un estrato del ser humano muy primitivo, heredado filogenéticamente (Selye, 1974) e indicativo de que nuestro organismo está operando en estados óptimos.

Por otro lado, el concepto *distrés* sí que estaría relacionado con lo que popularmente se conoce con estrés en su sentido negativo. El *distrés* es una activación negativa del organismo que influye en la persona en diferentes niveles: cognitivos, fisiológicos, emocionales... y le hace rendir peor y encontrarse mal en términos generales.

El estrés negativo es algo que desgraciadamente puede llegar a cualquier humano y digo *desgraciadamente* porque con *cualquier* se hace mención también de los niños. A finales de octubre de 2002, la Sociedad



Española de Pediatría informaba de que uno de cada tres niños en edad escolar padece de estrés, con síntomas como dolores de cabeza y barriga, onicofagia (morderse las uñas) y enuresis nocturnas (*mojar la cama*).

El motivo suele ser, por un lado, el propio carácter nervioso de su entorno y la obsesión por hacerles realizar multitud de actividades para estimular su inteligencia (clases de inglés, artes marciales, deportes...) que, aunque en cierto modo pueden estimularles –y esto es discutible porque ante tanta saturación hasta se les puede atragantar más–, lo que seguramente sí que se va a hacer es neurotizarnos y ayudarles a crear y mantener un carácter estresado. Y es que hay padres que no se dan cuenta de que sus hijos son niños, es decir, de que necesitan tiempo libre para jugar, para no hacer nada, para perder ese tiempo que tanto nos obsesiona en ocasiones a los adultos.

Fíjese usted en la cantidad de **proyección** vertida que hay en esta circunstancia, puesto que pareciera que todas las frustraciones que los padres conllevan en su vida les son transferidas a sus hijos como si constituyesen prolongaciones de sí-mismos para que las lleven a cabo.

Por ejemplo, ser un gran futbolista, pero para ganar dinero (en la mente del adulto) más que para *meter goles* (como fantasean los niños), saber idiomas, conocer modos de defenderse...y otras cuestiones que, si se analizan detenidamente, son curiosamente motivaciones más propias de adultos que de niños.

Es interesante poner en relación estos dos conceptos (de distrés y eustrés) con el de *arousal*, es decir, la interacción estrés/distrés-arousal, (Guerra Cid, 2002). El *arousal*¹⁹ viene a ser un término equivalente

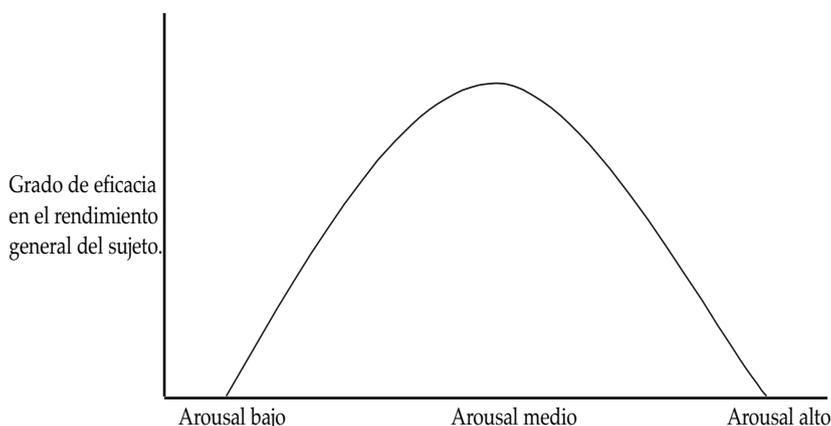
19. Desde un punto de vista fisiológico, el arousal depende fundamentalmente de dos sistemas: la formación reticular y el hipotálamo. La formación reticular tiene como función básica alertar a la persona para un correcto procesamiento de la información externa y estimular, además, la agrupación de axones de la formación reticular que provocarán que ésta pueda organizar y dirigir el nivel global de arousal. El hipotálamo es importante en el arousal dada su relación directa con el sistema endocrino y el nervioso autónomo (SNA). El sistema endocrino produce una activación del organismo insidiosa y prolongada y el SNA, por su parte, hará que se lleve a cabo una activación más rápida, pero menos sostenida en el tiempo.



al de activación, aunque con una mayor riqueza teórica, puesto que explica los diversos procesos que regulan la alerta, la vigilia y la activación en sí (Anderson, 1990).

En cuanto a los niveles óptimos de arousal podemos hablar de la comúnmente denominada *Hipótesis de la “U” invertida* que consistiría en la representación gráfica que se observa al equiparar los niveles de arousal y el grado de rendimiento general del individuo. Veámoslo gráficamente:

Figura 2: Hipótesis de la “U” invertida.



Tal y como ven, cuando los niveles de arousal no son los adecuados –bien por exceso, bien por defecto– el rendimiento no es bueno. Esta cuestión irá asociada a un estado general de afecto negativo que influye en diversas áreas de lo humano: cognición, emoción, percepción de sí mismo... Por el contrario, cuando los niveles de arousal son moderados, se producen unos rendimientos óptimos así como un estado general de placer y *confort emocional* para la persona. Esto nos hace equiparar, de algún modo y salvando las diferencias, el distrés con el exceso de arousal y el eustrés con los niveles medios y adaptados de éste.



De ahí que puede resultar una auténtica barbaridad tratar de bajar de modo artificial los niveles de activación en una persona. Por ejemplo, si un estudiante necesita de un grado de activación determinado que es el necesario para hacer su examen y ésta es en mayor medida *eustresante*, (aunque ineludiblemente halla algo de distrés provocado por la lógica ansiedad ante los exámenes), se puede provocar una clara bajada de rendimiento, al *atontar* la concentración generada por la activación positiva.

Esto es lo que ocurre cuando se administran ansiolíticos a gogó ante los típicos nervios de los exámenes. El estudiante puede bajar tanto su grado de activación que ya no rinde en condiciones, dado que sus sistemas cognitivos fundamentales no funcionan correctamente. La respuesta es clara: si la persona acude drogada a una situación en la que necesita de unos recursos psicológicos muy específicos no logrará los objetivos fácilmente, estará abocado al fracaso.

2. Quemados y amargados

Hay quien no necesariamente responde a un patrón tan tradicional de estrés, sino que se encuentra *quemado*, con el *síndrome del burnout*²⁰, que cada vez se está empezando a utilizar más en las nomenclaturas psicopatológicas.

Pero esto no quiere decir que sea una entidad psicodiagnóstica tan novedosa como se pudiera creer. W. Pödlinger (1997) señala que dicho síndrome ya se había estudiado bajo la fenomenología de la depresión en los años 60. Beck y Kielholz (1964) son pioneros en su estudio de lo que denominaron *depresión por agotamiento* que, hoy en día, es un claro indicador clasificatorio, casi sinónimo, del síndrome del burnout.

Aquella depresión por agotamiento que describían Beck y Kielholz responde a un cuadro donde se observan multitud de problemá-

20. Cuya traducción más frecuente en castellano es *síndrome del quemado* o *síndrome de estar quemado*.



ticas psicosomáticas. En un principio, la depresión está latente, pero conforme las presiones de la emoción y el afecto van haciendo mella en la persona y la van minando, puede –último término–llegar a acusar una depresión grave.

En este punto ha de señalarse una circunstancia de importancia vital, puesto que en muchos artículos científicos que versan sobre el tema abordado, observamos cómo se suele atribuir como causas fundamentales del burnout que terminan por extenuar la salud de la persona, el excesivo cansancio físico y psíquico. Si bien estos elementos están sin duda relacionados con dicho síndrome de agotamiento, los episodios afectivos negativos son los factores más influyentes de entre los que pueden ayudar *quemar* psicológicamente a la persona (Kielholz, 1964), o si se prefiere en una terminología más clásica, son los traumas los que explican una mayor parte de las causas del trastorno.

Así que, tal y como puede estudiarse, el burnout parece un claro heredero de la depresión por agotamiento. Después de revisar una amplia variedad de artículos, investigaciones y libros, se observa como es al final de la década de los 70 cuando empieza a acuñarse con cierta frecuencia el término anglosajón de *burnout*, *burn-out* y *burned-out*. Comúnmente, se considera a J. J. Freudenberger, en 1974 (Capel, 1989; Buendía y Ramos, 2001), como el pionero en la utilización del concepto de burnout (entendido como estrés laboral asistencial). Esta acepción terminológica hace referencia a una tipología de estrés (aunque no es muy aconsejable la comparación entre ambos conceptos, sino más bien la diferenciación) que se presenta en determinadas profesiones, en las cuales –y entre otras cuestiones– se tiene un contacto continuo con personas, como es el caso de docentes, policías, terapeutas, enfermeras, hosteleros, esteticistas..., es decir, profesiones en las cuales se ofrece ayuda y/o atención a los demás y en las que el contacto humano es una constante.

Pasando ahora a lo fundamental ¿en qué consiste básicamente el síndrome del *burnout*? Para J. J. Freudenberger (1977) cuando un sujeto acusa esta patología:



Está exhausto emocionalmente debido a una excesiva demanda de energía, esfuerzo y recursos.

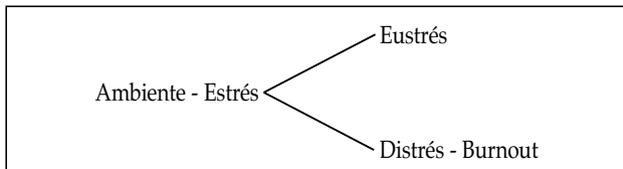
Estos recursos no sólo han de entenderse ni interpretarse como meramente físicos puesto que, como se sabe, una de las cuestiones más problemáticas que da lugar a que una persona se *queme*, estriba en la carga energética-psíquica que el entorno socio-familiar crea a partir de la demanda extrema –bien sea esta real y objetiva o así percibida de modo subjetivo por el sujeto–. Esa carga es la que hace que los recursos energéticos de la persona estén enfocados hacia determinadas cuestiones, hasta que llegue un momento en el que puede que la persona no sea capaz de llevar a cabo más que unas pocas tareas, puesto que su energía se ha ido agotando y sus reservas están enfocadas en otras cuestiones.

Así encontramos que otra definición que se asemeja a esto último que señalamos es que el burnout hace que la persona

Llegue a estar emocionalmente exhausto debido al estrés que produce el contacto interpersonal (C. Maslach, 1976).

Por su parte, para James A. Penny (1982) estrés y burnout no son conceptos sinónimos, aunque de hecho se han confundido constantemente y todavía hoy ocurre, sino que más bien se complementarían. Para el mencionado autor el burnout es la consecuencia de los impactos estresantes en el individuo. Dicho de otro modo, mientras que el estrés se crea a partir de las respuestas del ambiente, el Burnout sería el resultado de diferentes aspectos del estrés, y por supuesto no el estrés en sí sino al distrés. Vamos a situarlo gráficamente:

Figura 3: Complementariedad entre estrés y burnout (Guerra Cid 2002).



A partir de la gráfica, se trasluce el hecho básico de que estrés y burnout son conceptos distintos que explican circunstancias diversas de malestar en los humanos; el burnout es una consecuencia de la suma de estrés en su concepción más energética y afectiva.

Profundizando un poco más en la problemática que produce en las personas este burnout, Golembiewski y sus colaboradores (1986) nos explican las tres etapas características en la creación y mantenimiento de dicho síndrome.

1) Despersonalización. Estos autores la observan como un modo de autoculpación de sus problemas, lo cual les llevaría a perder una perspectiva más objetiva. Ésta es la característica más específica del burnout y con la que mejor se puede llevar a cabo un diagnóstico diferencial. Dicha despersonalización no ha de entenderse como un cuadro de tipo psicótico, sino como un conjunto de determinadas actitudes que se resumen en posicionamientos negativos constantes e incluso cínicos (Iwanicki, 1983).

2) Descenso de la realización personal. Fruto de la anterior cuestión, la persona ante el rendimiento descendente observado, tenderá a evitar poco a poco el contacto con los demás, de tal modo que se irá produciendo un círculo vicioso que finalmente llega al aislamiento. Además de esta circunstancia en la que se observa que el rendimiento es descendente, también se va produciendo un entristecimiento, sensaciones de inutilidad y un acusado decrecimiento de la confianza y la autoestima personal

3) Cansancio emocional. Síntoma observable cuando el síndrome del burnout está totalmente instaurado. Dicho agotamiento emocional produce un *vacío* en los recursos emocionales y un profundo sentimiento de no poder dar.

3. “Me han dicho que me relaje, pero eso me pone más nervioso”

Como puede usted comprobar, el estrés y el burnout son dos problemas serios y graves que tienen una gran importancia en la actualidad. Se decía, incluso con tono propagandístico, que el estrés era el



fenómeno psicofísico del s. XX, la nueva enfermedad nerviosa. Ahora el burnout está cada vez más presente como consecuencia del *shock* social que ha producido. Lo cierto es que ambos problemas están azotando con especial fuerza a la sociedad actual. Dejando de lado cualquier tono publicitario, podemos decir que hay cada vez un mayor número de sujetos amargados, quemados y estresados.

Una de las cuestiones más curiosas en estas temáticas es que cuando se está estresado o quemado se le dice a la persona: “pues relájate”, y la mayor parte de las veces ésta no sabe cómo hacerlo. Desgraciadamente esto pasa mucho. La respuesta que se da es bastante banal; es lo que se conoce en filosofía como un razonamiento tautológico. Es como decir: ¿cómo se quita una mancha? Pues limpiándola”. Muy bien, pero entonces diga usted cuál es el proceso de limpieza, qué producto o productos utilizo y en qué orden debo hacerlo; además, distinga entre los tipos de mancha que hay y convenga también en la posibilidad de que hay manchas que no se pueden quitar, sino que –como mucho– las podemos atenuar.

Algo semejante se puede aplicar a la temática del estrés. Es decir, para que usted se relaje, le tienen que explicar, aparte de un método de relajación, cuáles son los mecanismos básicos por los que usted se estresa o se quema. Habría que ver si mediante estos conocimientos usted logrará evitar todo el estrés o si por su forma de ser, siempre le quedará algo.

Hay varias explicaciones de por qué el estrés se apodera de unas personas y no de otras, así de cómo de entre las que se apodera, en unas crea más daños que en otras. Con dichas disposiciones podemos comprender mucho mejor los procesos por los cuales se produce y así poder proceder a esa relajación que tanto se intenta poner en boga hoy en día.

Achim Troch (1982) explica desde su posicionamiento como causa fundamental del estrés el carácter de los individuos. Explicándolo desde concepciones de la Psicología Individual de Adler. A través de este posicionamiento teórico, se dice que hay individuos que están especialmente predispuestos a sentir estrés, por su carácter nervioso.



Hablamos de personas que viven muchas facetas de su vida como altamente estresantes y definitorias. Un pequeño fastidio cotidiano²¹, es interpretado casi como una conspiración contra su persona. La vida en estos sujetos es un examen continuo, una guerra en la que no hay tregua.

Es, en definitiva, un estilo de vida neurótico el que arrastra a la persona hacia ámbitos de sufrimiento insospechados, lo cual la coloca en una continua vigilancia sobre el entorno. Esto conlleva, a su vez, un alto precio que se suele pagar en el nivel físico—entre otras facetas—, ya que tanto afecto negativo termina por dejar sus secuelas en el sistema nervioso vegetativo y en el endocrino produciendo enfermedades varias, las cuales son, como usted supondrá, psicósomáticas.

Por ello, en estos casos, tenemos que trabajar con aquello que tanto valora la persona como para caer enfermo —es decir aquello que se *pone tanto empeño* como para terminar grave—. Así veremos qué es lo que se pretende compensar, dónde se quiere llegar, y para qué se quiere llegar a ese saldo de la cuenta corriente, a ese puesto de trabajo, a ese reconocimiento y respeto social o a tener tal u otra ropa —por citar sólo alguna de las motivaciones— desde una actitud destructiva para consigo mismo y su entorno.

En la paliación del burnout, es interesante hacer comprender a la persona sus propias limitaciones y enfocarla hacia la reflexión del porqué de su quema, así como ayudarle a dilucidar cuáles son las motivaciones inconscientes de su sobreesfuerzo. A menudo, éstas están relacionadas con el narcisismo y la sobrecompensación como mecanismo defensivo de los complejos de inferioridad.

Hay quien llegado a este momento de reflexión ya sabe dónde se encuentra y conoce muchas respuestas que explican el porqué de su actitud —menudo muy dura y crítica— con el ambiente y consigo mismo, y termina por pasar de esa vida angustiada y por identifi-

21. *Hassles*, como suele llamársele en la terminología anglosajona. Puede ser desde un atasco hasta una mala contestación en el trabajo. A éste se le contraponen el término de *uplifts* que son los disfrutes cotidianos que podemos tener: una llamada de alguien querido que no esperábamos, disfrutar de una conversación, una comida...



carse con ideales más espirituales y menos relacionados con la tenencia de objetos o de prestigio.

No es justo dejar esta explicación como la única que causa estrés, ya que pareciera que sólo sufre de estrés y/o de burnout quien ambiciona algo más o se propone metas muy altas e impresionantes. Y no es justo, tampoco, meter a todos en el mismo saco, puesto que hay quien también acaba inmerso en esta vorágine por culpa de su falta de adaptación a un medio emanador de estímulos estresantes, por la poca confianza en sí mismo y, en definitiva, por la escasa tenencia de habilidades que le permitirían afrontar mejor las situaciones.

Esto explica que haya personas que se ahogan en un vaso de agua –y también en un dedal–, porque no tienen o no quieren tener –por ser más cómodo– las habilidades concretas que les permitan hacer frente a las situaciones duras que la vida ofrece. Estamos hablando de personas que siempre se consideraron retraídas y que a través de su inhibición obtuvieron beneficios, hasta que a la hora de la verdad su actitud no las ayudó sino que empeoró su situación, por verse desplazadas y no tenidas en cuenta o, si se las tuvo en cuenta, no tuvieron la capacidad para asumir la demanda, por lo que los factores estresantes fueron vividos cada vez con mayor intensidad.

También hay quien no sabe sobreponerse ante el acoso de los demás o las *virtudes* de las que hemos venido hablando: personas envidiadas, odiadas, boicoteadas, criticadas injustamente, que también sufren de un estrés social; o personas a las que simplemente se les pide más de lo que realmente pueden dar –cuestión que a veces se hace con una clara y delimitada mala intención–, acabando con un síndrome de estrés o de burnout de extrema dureza.

Desde el conocimiento de estas mínimas claves, es más sencillo que esa relajación que tanto se propugna, se realice; pero, sobre todo, a través del autoconocimiento, dado que si no hay un conocimiento propio suficiente –de lo que se quiere y por qué– y de lo que está sucediendo, los nervios serán cada vez mayores, hasta el punto de que eso de *relájate* empeorará la situación y el estado anímico del estresado, ya que se sentirá incomprendido, al ver que para los demás parece muy sencillo eso de calmarse.



Y perdóneme usted la reiteración, pero la sociedad actual se muestra muy negligente con los individuos más sensibles, y como estos no *funcionan* y se encuentran mal, se les dan consejos triviales, incluso estúpidos, cuando a veces lo más simple es escuchar un poco y mostrar comprensión acerca de lo que está sucediendo.

Así están las cosas. Durante décadas hubo una sociedad reprimida y castrada. Luego pasó a ser buscadora de libertades y, en algunos aspectos, libertina. Ahora ha llegado un momento en que la libertad se confunde con el *todo vale*. Por ello, la sociedad actual es negligente; no se ocupa del que tiene al lado, en absoluto; el egoísmo va *in crescendo*; y cada vez habrá más personas que sientan que no tienen cariño, que se encontrarán solas y sin referentes, alienadas en su incompreensión. En este sentido, nuestra sociedad patologiza a muchos sujetos sensibles.

No es que el ciudadano de a pie tenga que tener conocimientos en técnica de psicoterapia. No se trata de eso, sino de adquirir una mayor *humanidad* basada en la empatía, de ponerse mínimamente en el lugar del otro y, por ello, no hallarse siempre en la postura de que se es el ombligo del mundo de modo narcisístico, pensando que nuestro problema es el peor de todos.

Y aquí es donde se ve una de las más grandes paradojas del momento social en el que vivimos: el de al lado se puede estar muriendo del asco que, por regla general, sólo se le dirán una serie de incoherencias que de nada le sirven, a lo peor, hasta lo despistan más. En definitiva, no importa absolutamente nada de lo que al otro –cercano y supuestamente amigo– le pase. Eso sí, para enterarse y discutir acerca de la crisis matrimonial del famosillo de turno o de si tal o cual va o viene, siempre hay tiempo.

En la actualidad hay alrededor de 40 programas en la televisión dedicados a la crónica rosa basados en lo que a los demás les sucede. Es decir, que la gente en general sí se ocupa de lo que les ocurre a los otros, pero sólo desde una postura voyeurista, de observador morboso, en la que no participa en nada porque nada le va, sólo critica o ríe de manera zafia.



Qué decir de ese disfrute morboso que muchos tienen de los programas denominados *Reality show*, donde la gente va a pedir perdón por haber sido infiel a la mujer o se muestran primeros planos del momento álgido del encuentro entre familiares que hacía décadas que no se veían. Situaciones que describen una *pornografía* de la intimidad de los demás, en el sentido de que se muestra no sólo de manera explícita, sino también de forma incluso obscena, el sufrimiento o la alegría desmesurada, casi histérica, en determinadas situaciones. Para ver esto, también hay quienes tienen mucho tiempo.

Y la macroaudiencia de este tipo de programas no es un fenómeno que ocurra por casualidad, sino que parte de la incipiente crisis económica y social dada en nuestro país entre finales del s. XX y principios del XXI, donde acceder a una vivienda es una experiencia laberíntica y costosa –y cada vez más especulativa– o en el que muchos quieren dos coches o algo mejor que lo del vecino o el amigo para competir; un momento en el que se vive con dinero prestado de créditos –no sólo para comprar casas, sino también para actividades y lujos a menudo innecesarios.

Es decir, que hay una alienación pero no sólo en el sentido marxista, de alienación económica, sino también en el sentido ético en cuanto a la dudosa de los sistemas de valores. Es un momento, en definitiva, en el que las cosas no están bien y, por tanto, se coge a esos *pseudofamosos*– a modo de chivos expiatorios– que se hacen conocidos por acostarse con tal o cual y se les lleva a un programa para lapidarlos verbalmente, para befa, mofa y escarnio de su persona y disfrute del telespectador.

Realmente, se ve que hay un desplazamiento de la agresividad que producen las frustraciones cotidianas de cada uno, en el hecho de participar del sadismo y de ridiculizar a estos personajes perdidos entre lo que creen que es la fama y el éxito.

De hecho, muchos son los que conocen con especial carácter docto los entresijos de todos los parapetos y relaciones de estos individuos, pero pocos los que conocen los de su propia familia. Por ello, cuando el que tiene problemas matrimoniales es uno cercano, incluso



un amigo, dice: “ahí no me meto, que son problemas vuestros”, y quizá nadie le pide que se meta, pero sí que apoye mínimamente el momento de crisis o que escuche abiertamente. En eso consiste básicamente la amistad.

Otra paradoja reside en que cuando nadie pide que se meta en sus problemas, todo el mundo intenta interceder; mientras que cuando quiere consejo, guía o ayuda, sólo oye el eco de sus quejas.

A veces, la familia o los amigos se alarman por una circunstancia en la que alguien concurre y en la que a nadie se le preguntó por su opinión. Por ejemplo, cuando se empieza a salir con alguien, se puede oír: “pues no me gusta...”, “pues me han dicho que es una lagarta...”, “ése es un vago...”, y qué decir cuando uno se sale de los esquemas culturales y la pareja escogida es de otra raza u otra religión...

Y todo esto estresa y confunde a las personas, las quema y las pone agresivas. La incompreensión del entorno es uno de los más grandes estresores que el ser humano puede sufrir. El no poder compartir su perspectiva con alguien que comprenda puede tener como consecuencia que se pierda parte del juicio.

Cuando se apoya a una persona quemada, no necesariamente debe de haber una amplísima red social de apoyo, sino sólo unos pocos de los denominados *de confianza*, puesto que tal y como se puede comprobar aquellos aquejados de burnout, lo están en gran parte por el continuo roce con los demás, lo cual poco a poco les va suponiendo que se les chupe la energía y vayan sufriendo de una degeneración psicológica en una actividad en la que se es consumido por los otros.

De aquí debe deducirse que puede ser contraproducente el que mucha gente empiece a bombardear con mensajes convencionales de ánimo a la persona, dado que el exceso de contacto social, por un lado, y la frustración de no producir un cambio rápido –tal y como se le demanda–, por otro, pueden empeorar la situación.

De hecho, muchas de estas personas quemadas tienen un diagnóstico precipitado de depresión –que está equivocado–, porque hay una tristeza unida a estos cuadros, debida a los problemas hallados en



la falta de realización personal y profesional. Pero los de alrededor las ven como depresivas, que parece que no mejoran porque no les da la gana, cuando lo que en realidad acontece es que no pueden ir más allá porque no tienen fuerzas para mucho más.

Por ello, si lo que se dan son mensajes de ánimo superficiales, el intento de animarle será infructuoso, porque la mejora no va a venir de modo mágico y, al igual que ese malestar tardó un tiempo en fraguarse, debe de haber otro de elaboración y resolución de los conflictos que han llevado a la quema y a la tristeza, ante tan angustioso padecimiento.

En último lugar, ha de señalarse –en cuanto a una mejora del estrés y el burnout– que la explicación más coherente y, por ende, la solución al impacto de estos fenómenos, reside en una explicación interaccionista, es decir, que no son solamente importantes los estímulos que nos llevan al distrés, como, por ejemplo, problemas con compañeros de clase o trabajo, sino que también es de vital importancia cómo esa personalidad filtra dichos estímulos, donde ya entra la noción del carácter de cada cual.

De ahí la importancia de tener en cuenta la interacción, porque de la suma de los estímulos externos y el carácter de la persona resulta una mayor o peor calidad de afrontamiento de las situaciones estresantes.



9

CONSECUENCIAS DE LAS VIRTUDES HUMANAS: LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

El error presente extendido entre los hombres
es el de querer comprender separadamente la
curación del cuerpo y la del espíritu.

Platón.

Toda enfermedad tiene un sentido.

V. Von Weizäcker, 1940

1. Enfermar con el sufrimiento

Propongo ahora tratar este capítulo, dado que hemos hablado del estrés como factor importante en el desencadenamiento de enfermedades físicas y porque se han ido comentando diversas vicisitudes de las distintas enfermedades. Quizá este capítulo le resulte más prolífico en contenidos teóricos, pero la cuestión estriba en que es difícil explicar estas circunstancias sin exponer amplias cuestiones de la teoría de la psicósomática.

Vamos a revertir la perspectiva propuesta en el capítulo del enfermo con poder en el que ya comentamos algo sobre la importancia del fenómeno psicósomático.



Incluimos las patologías psicosomáticas, por considerarlas como una consecuencia más de las coyunturas nefastas que pueden darse en todos los fenómenos que hemos ido comentando: el odio, la envidia, la excesiva necesidad de competitividad, y que actúan claramente en dos direcciones para que haya un proceso psicosomático.

Por ejemplo, el que haya habido siempre alguien machacándonos de modo continuo y cruel puede ser un factor que nos lleve a sufrir una enfermedad psicosomática. Pero también se puede producir un proceso psicosomático por la propia necesidad del individuo de despuntar y competir, lo cual lo lleva –mediante procesos psicofisiológicos de estrés– a desarrollar patologías tales como las úlceras de estómago (Garma, 1969).

Ambas cuestiones indican de modo claro un sufrimiento. En la primera, el producido por otros en un individuo que termina *explotando* por alguna parte, en este caso, por un lado físico. En la segunda y en otro orden, estaría quien sufre porque se excede o vive todas las situaciones con excesiva complicación, por lo que éstas terminan haciéndole daño. En esta circunstancia, la persona tiene una mayor responsabilidad y, por ello también, un mayor control de la coyuntura.

Así, y cuando por desgracia es demasiado tarde, los familiares y amigos se lamentan diciendo; “ya le decíamos que no se tomara las cosas así” o “ya sabía yo que este trabajo le iba a llevar al hoyo”. Porque las personas –algunas, al menos– tenemos una intuición especial para observar cuando alguien se está pasando, está forzando la máquina y se le ve que en un momento u otro las cosas se le pondrán feas.

2. Soma y psique, antropología médica y medicina psicosomática

La psicosomática es un abordaje teórico-práctico, fundamentalmente de tradición psicoanalítica, que tiene sus orígenes a principios del s. XIX, aunque sus principales antecedentes se remontan ya a la cultura asirio-babilónica (4000 a.c. aprox.).

En esta cultura existía la creencia de que si no se cumplían los mandatos divinos caerían –como consecuencia de no cumplir con lo



regido por los númenes– sobre los humanos múltiples enfermedades físicas y psicológicas como la angustia.

Por ello, en primer lugar, el sacerdote adivinaba la causa por la que se había pecado, para posteriormente, en el ritual de purificación, expiar por esas faltas contra lo establecido. Así se realizaba una liberación psíquica de aquella carga, que llevaba a mejoras que eran a menudo acompañadas de plantas medicinales aunque –como es lógico, por el principio de autonomía del síntoma– las problemáticas físicas más severas difícilmente se iban a curar por sugestión, puesto que una vez iniciado el desarrollo físico, es complicado que se pueda parar por la vía psíquica, aunque ésta ayude a que haya un recuperación de más calidad y en un menor lapso de tiempo.

A la afirmación de Alexander de que la medicina babilónica era puramente psicosomática se le podían poner varios *peros*, puesto que aunque el síntoma físico derivaba de una cuestión moral –el quebrantamiento de la norma–, no se observaban otras de las múltiples explicaciones que la rama psicosomática se ha encargado de darnos a lo largo del último siglo.

El desarrollo histórico de esta disciplina continúa en la Grecia antigua desde un posicionamiento filosófico con la base hipotética de que existe una unidad entre soma (lo corpóreo, lo biológico) y psique (el alma, lo psicológico). Anaxágoras fue (500-428 a. c. aprox.) quien distinguió por primera vez estas dos vertientes del ser humano.

Hipócrates y la Escuela de Cos (460-370 a.c.) organizaron un modelo que planteaba la existencia de distintos humores, algo así como temperamentos. Es ésta una visión global y holística, que plantea cómo la enfermedad de la persona tiene que ver no sólo con elementos y factores físicos, sino también con rasgos del humor de esa persona.

De este modo la enfermedad, aunque sólo se viera en un nivel físico, sería una reacción global, de lo cual se deduce que ha de restablecerse la relación armoniosa del hombre consigo mismo, con su dinámica interna y con su entorno (lo familiar y social).



Aristóteles (384–322 a.C.) acuña la teoría del *hilemorfismo* (del griego *hylé*, materia, y *morfé*, forma), la cual enuncia –a grandes rasgos– que el alma da la forma al cuerpo concibiéndose así una unidad sustancial.

A modo anecdótico comentaré datos sobre algunos documentos históricos que relacionan la enfermedad física con el padecimiento psicológico.

En el s. XIII, el cirujano Henri de Mondeville decía que era importante proporcionar al paciente placer y alegrías porque hasta el más ignorante sabía que “La alegría y la tristeza son accidentes del alma y que el cuerpo engorda con la alegría y adelgaza con la tristeza”. Por cierto, hoy en día todavía hay ignorantes que no se quieren enterar de este argumento, siendo muy poco científicos y quitándole importancia a los factores psicológicos.

Morgagni, a comienzos del s. XVIII, hablaba de la diarrea estomacal como consecuencia del nerviosismo. Supongo que más de uno esbozará una sonrisa o una mueca de desagrado si se acuerda de determinadas situaciones como pueden ser los exámenes, que funcionan como el mejor de los enemas.

Pinel, en 1798, establece en su nosografía (clasificación) factores que fusionan lo psicológico con lo físico. De este modo, comenta que habría trastornos que serían “neurosis de la digestión”, en los que encontramos espasmos de esófago, cardialgia, vómitos, bulimia, cólicos varios... Mientras que otra categoría la conforman las “neurosis de circulación”, entre las que se hallan las palpitaciones y el síncope.

Según Haynal y Pasini (1980) debemos el término *psicosomática* al internista y psiquiatra Heinroth que lo acuñó en 1818. Esto le acarreo numerosas críticas por no ser un concepto que connotara la unidad sino, más bien, la separación entre soma y psique.

Hoy en día no entendemos por *psicosomática* lo que en concreto él enunciaba, es decir, la influencia ejercida por las pasiones sexuales sobre patologías tales como la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer. En la actualidad, nos quedamos con el núcleo de la idea de la influencia



de lo psíquico en lo físico, sin tener que ver con lo sexual que parece, más bien, un reduccionismo explicativo.

Este mismo autor también habla del proceso somatopsíquico (1828) que se refiere a la situación inversa, es decir, a cómo un problema físico influye en la psique. Por ejemplo, una enfermedad que se torna como incapacitante en una o varias facetas como puede ser la esclerosis múltiple y su influencia en el estado de ánimo.

Durante el s. XIX, los profesionales de la Medicina intentan abogar por una disciplina más científica, menos mágica, lo cual se logra en cierto modo con los descubrimientos y múltiples avances de la Fisiología y de la Físico-química, además –por supuesto– de otros descubrimientos importantes respecto de los instrumentales que utilizaban. Cuando llega este periodo, el psicoanalista F. Alexander dice que la disciplina médica se comporta como aquellos nuevos ricos que no quieren recordar sus malos momentos, porque confunden lo mágico con relegar a un plano secundario los aspectos psicológicos de los pacientes. Desgraciadamente, hay algunos sectores de la medicina que siguen tal cual y todo lo solucionan con pastillitas y con decir que *es por los nervios*, lo cual se puede interpretar como un absoluto desprecio hacia el paciente, que es visto como un *histérico* al que hay que inmovilizar con fármacos o como un paciente imaginario que en realidad está *loco*.

Así, algunos patólogos de aquella época como Virchow dicen que las únicas enfermedades que existen son las de los órganos y las células. Por lo que, de un modo muy ingenuo, este autor vendría a decir algo así como que la úlcera de estómago de un hombre que tiene un buen trabajo, grandes lapsos de tiempo libre y una mujer y unos hijos que lo quieren y apoyan tendría el mismo origen que el de otro hombre que ha sido despedido de una docena de trabajos o que no se le ha renovado el contrato, al cual su mujer lo ha abandonado y que tiene unos hijos delincuentes que pasan la mitad de su vida entrando y saliendo de la cárcel. Según el autor ¡la enfermedad sería la misma, no habiendo diferencias en los correlatos psicológicos!, puesto que para él todo son órganos y células.



A pocas luces que se tengan es probable que se observe que la causa no puede ser la misma, porque las influencias psíquicas son totalmente distintas. Esto es, se omite claramente el factor psíquico como si las personas fueran mera biología y no padecieran ni sufrieran en lo psicológico. Esto se ha seguido sosteniendo en el s. XX, y todavía hay quien en los comienzos del s. XXI funciona con esa forma de pensar que anula a la persona como ser psicológico y pensante que es.

Afortunadamente, a finales del s. XIX, Sigmund Freud desde sus múltiples estudios y tratamientos de pacientes histéricas y desde su estancia en las instituciones de la Salpêtrière y Nancy innovó y puntualizó la importancia y la fuerza que lo psicológico tiene en sobre el ser humano. Y aunque sea un autor al que se le pueda criticar, siempre será uno de los más grandes pensadores de la historia de la humanidad, por haber descubierto nuevos accesos en la cura de múltiples problemas que atañen a las personas.

A partir de sus primeras enunciaciones, durante la primera parte del s. XX, discípulos suyos van a ir aportando su conocimiento y sus teorías al campo de la psicósomática, como K. Abraham, S. Ferenczi, O. Fenichel, A. Mitscherlich, F. Deutsch o A. Adler, entre otros muchos. Este último fue uno de los discípulos de Freud que más señaló la psicósomática como efecto de las neurosis del carácter, creando, de hecho, una de las primeras teorías a este respecto, puesto que argumentaba que existía una *jerga o dialéctica de los órganos* (1912) que al igual que otras facetas era también una forma de expresión de lo humano.

Adler fue además uno de los pioneros en defender (1907) –en aquellos momentos donde primaba, con mucho, lo biologicista y la no relación entre lo psíquico y lo físico– que lo básico y fundamental residía en el estudio de la totalidad de lo humano, y esta totalidad se encuentra en la unidad alma y cuerpo (soma-psique).

Pero Adler habla también fundamentalmente del efecto contrario, a saber, del impacto de la inferioridad de los órganos percibida sobre el carácter de las personas. Es decir, habla del proceso somatopsíquico en cuanto a la importancia de los problemas físicos sobre el estatus psicológico de quien los sufre.



En los años 20, V. Von Weizsäcker fundamenta una teoría psicosomática desde la Antropología Médica²² y el Psicoanálisis. El enfoque de este autor es sumamente importante, ya que no es una visión puramente etiológica –de búsqueda de causas de la enfermedad–, sino que también busca el sentido de por qué el individuo enferma.

Para ello, en sus teorías se ve también obligado a romper con la tradición excesivamente médica imperante en ese momento, abogando por la importancia fundamental de los procesos mentales en las patologías biológicas.

Para el autor tanto lo humano como sus diferentes modos de enfermar, no pueden explicarse desde análisis científicos naturales (García de Castro, 1985), es decir, desde modelos rígidos de conocimiento en cuanto a que necesitan de constantes pruebas físicas, para hacer demostraciones, siendo esto junto a la máxima de que *toda enfermedad tiene un sentido*, los temas base de su Medicina Antropológica. Así, la principal orientación de su modelo reside en la comprensión del sentido del síntoma y de la finalidad –cualquiera que sea– que la enfermedad tenga.

La recomendación del autor es que ante el proceso de la enfermedad, se observe la relación entre el hecho de enfermarse y los impactos críticos vitales vividos, por lo cual el clínico se debería hacer esta triple pregunta acerca de la enfermedad física (Laín Entralgo, 1978, p. 649):

- ¿Por qué aquí? Es decir, ¿por qué en esta zona del cuerpo?
- ¿Por qué ahora?
- ¿Qué verdad del paciente tiende a evidenciar la no verdad de su proceso morbozo, es decir de su enfermedad?

22. La Antropología Médica no ha de entenderse como un área en sí de la Antropología, cómo tampoco lo es de la Medicina. Es una disciplina que trataría de estudiar las enfermedades en sus diferentes vertientes, puestas en relación con cada ámbito socio-cultural. Una de sus principales áreas de intervención, la etnopsiquiatría, estudia los distintos trastornos mentales de modo etiológico y en su desarrollo en los diversos entornos culturales.



Esto es, en el devenir teórico del médico alemán la enfermedad no es la verdad del hombre, porque la salud es lo que constituye, en realidad, la realización de la verdad en el ser humano.

Entre un planteamiento de Antropología y de psicósomática encontramos a G. Groddeck, quien ha sido descrito por muchos como el padre de la medicina psicósomática²³. En su práctica médica hacía una aplicación directa de los presupuestos del psicoanálisis, pensaba que la enfermedad era una advertencia acerca del tipo de vida que lleva el paciente (Giráldez y Sánchez, 2002, p. 165). Así trataba de hallar motivaciones de corte inconsciente (provenientes de la estructura del *ello*) en las enfermedades patológicas. Así, alteraciones tan clásicamente orgánicas como la fiebre o las hemorragias eran interpretadas como si fueran síntomas conversivos, en cuanto a que el autor entendía que había simbolismos en las enfermedades físicas que transmitían el sufrimiento de diversos traumas y los transformaban en síntomas propios de problemas médicos como, por ejemplo, la citada fiebre.

Quizá el principal exponente de las teorías psicósomáticas lo encontramos en la importante Escuela de Chicago. En la década de los 30, Flanders Dunbar, una de sus precursoras, origina las teorías modernas de la psicósomática, desde un planteamiento de la especificidad, como harán a hacer otros autores, difiriendo sólo en que ella hace hincapié en lo que es específico en cada teoría de la *especificidad*²⁴.

Estudiando la relación entre una enfermedad somática, es decir, física y los rasgos de personalidad determinados que se asocian a esa patología, para Dunbar va a cobrar suma importancia la especificidad de la *personalidad*. Es decir, que esta autora a partir de diferentes perfiles de personalidad trata de observar trastornos orgánicos asociados a ésta.

23. Aunque hay controversia en torno al pionero de esta disciplina. Mientras que algunos citan a Groddeck (Pfister, 1950; Távora, 1985; López Sánchez, 1985), otros lo hacen con Ely Jelliffe (Brill, 1947) o con Alexander en cuanto a que crea la escuela americana de Medicina Psicósomática (Alonso, 1994).

24. La escuela psicósomática contemporánea de París va a criticar el que siempre tenga que haber un patrón de especificidad. Para ellos es primordial la estructura mental del paciente psicósomático, haciendo hincapié en la característica asociada a ellos del *pensamiento operatorio*.



Franz Alexander, pionero de la llamada Medicina Psicosomática, crea otra teoría de la especificidad (fundamentada en 1952), relacionada con los **conflictos**. Según Alexander, para conflictos intrapsíquicos concretos habrá, al menos teóricamente, un referente orgánico-físico que enfermará dándose, en último término, la enfermedad o patología psicosomática.

Esta teorización nace básicamente del diagnóstico diferencial a partir de la etiología. Por un lado, Alexander coincide claramente con Freud, en cuanto al hecho de que las inervaciones voluntarias (movimientos, básicamente) podrían tener como función la traducción de determinados conflictos, produciéndose la conversión y su fenómeno psicopatológico asociado –histeria de conversión–. Entonces, esta especificidad no es tanto de los perfiles de personalidad, como decía Dunbar, sino que es una *especificidad de los conflictos*. Esto va a verse diferenciado por aquellas otras neurosis del sistema visceral neurovegetativo (neurosis vegetativa) que son traducciones biológicas de ciertos problemas del afecto.

Así que se distinguen dos modos de enfermedad psicosomática.

1) Una que tendría que ver con la manifestación de expresiones hostiles agresivas que están bloqueadas, es decir, inhibidas y que no las observamos en el sujeto –aunque se hallen latentes–. Un ejemplo muy *socorrido* para esta teorización es el de los pacientes hipertensos, que lo son por una activación excesiva y fisiológica del sistema adrenérgico. La respuesta agresiva no se llega a emitir, sin embargo, el cuerpo sí se prepara para ello. La preparación corporal consiste básicamente en un aumento de la presión arterial, hipertensión muscular, aumento del ritmo cardiaco, etc.

Aunque la acción no se lleva a cabo, hay una repetición de esta secuencia del proceso de preparación, por lo cual llega un momento en que el organismo se termina por lesionar, produciéndose problemas cardíacos. Es una hipótesis parecida y cercana a la que maneja Selye cuando habla de la influencia del estrés sobre el individuo. Pero en el momento que Alexander hablaba de esta teorización no estaba del todo difundida la teoría sobre el estrés.



Como se ve, en esta tipología lo fundamental es la represión de una pulsión agresiva lo cual acaba, si se dan otras circunstancias propicias, con la persona enferma físicamente y con lesiones cardiacas de distinta índole.

En este tipo de circunstancia estaba inmerso Jorge, un hombre de cuarenta y siete años que en la empresa en la cual lleva quince años trabajando, siempre había percibido un trato preferente dirigido a otros compañeros, en cuanto a los elogios y los incentivos recibidos. Esta circunstancia lo enojaba especialmente y, a menudo, pensaba en gritar a sus jefes, y en llamar *pelotas* e incompetentes afortunados a sus compañeros. Pero nunca lo hizo y estuvo cinco años aguantando sin decir nada, pero sufriendo de auténticos ataques de ira en soledad, preparándose para reivindicar lo que pensaba que era suyo. Al final, tuvo un problema psicossomático. Le detectaron problemas cardiacos que fundamentalmente se manifestaban en arritmias que podían ser peligrosas para su vida. La especificidad de su conflicto y su agresividad no expresada exteriormente pero manifestada físicamente, le provocó una patología cardiaca.

2) La otra causa que produciría una enfermedad psicossomática sería también por inhibición de afectos, pero esta vez dadas las no expresiones de apoyo y cariño necesitados por la persona y, en cierto modo, por la inhibición del sentimiento de dependencia. Aquí se englobarían problemas patológicos como los de los ulcerosos.

Para completar con garantías la explicación, en cualquiera de las dos patologías, se sigue un *modus operandi* semejante. La persona tiene una fragilidad en un órgano o en un conjunto de órganos específicos, y estos a su vez se hallan asociados a una sintomatología mental determinada.

Si a esta situación se le suma que la persona, por circunstancias de su vida, sufra determinados acontecimientos externos de corte negativo, puede padecer la enfermedad psicossomática dada una definitiva movilización y un desbanque de las defensas, cuyo cometido era mantener el equilibrio, para que no sucediera ninguno de estos



hechos. Lo cual no hubiera ocurrido si los acontecimientos externos precipitadores no se hubieran puesto en marcha.

Wolff, Grace y Graham (1952) plantean una nueva teoría psicósomática, defendiendo también una especificidad, en este caso una especificidad en la **respuesta**. Se trata por tanto de los diversos patrones de respuesta que las personas pueden dar ante las diferentes situaciones vitales estresantes y/o displacenteras.

Esta respuesta tendría dos niveles o direcciones, una a nivel psicológico (y la vivencia que se tenga del impacto de la situación) y otra la respuesta a nivel corporal (donde se constituiría como respuesta la somatización).

3. “Callo tanto mis males que por algún sitio tengo que reventar”

Esa expresión tan utilizada –a menudo de modo un tanto crudo– es bastante cierta, aunque no una máxima que debiera darse por sistema. Hemos visto cómo Alexander hablaba de que la inhibición de determinados afectos producía procesos psicósomáticos. Muchas veces esto ocurre porque la persona tiene una base de inexpressión que ya le va haciendo candidato a *explotar* por alguna parte de su organismo.

P. Sifneos y Nemiah (1969) acuñan el término *alexitimia*, para referirse con este concepto a aquella cualidad por la cual determinadas personas tienen una incapacidad para expresar su malestar psicológico, mostrando una ausencia de palabras para manifestar sentimientos, afectos y emociones. De hecho, los pacientes con un prolongado historial psicósomático presentan la cualidad alexitímica como rasgo fundamental de su cuadro patológico.

Multitud de autores de interés en este campo como Sifneos, Nemiah, Marty, McLean... sugieren una base de teorías neurofisiológicas en la alexitimia, dado que habría dos componentes biológicos localizables que estarían implicados. Por un lado, se encontrarían las estructuras neocorticales que son responsables tanto de la expresión verbal como de la valoración de sentimientos. Por otro, el sistema límbico encargado del registro de lo emocional.



Entonces, lo que ocurriría en la alexitimia es que habría un bloqueo entre ambos sistemas que no se comunicarían, no produciéndose, en último termino, una expresión de los sentimientos percibidos. De todos modos, no sería justo caer en el error de que esta circunstancia es simplemente algo biológico o físico, puesto que el alexitímico se recupera psicológicamente desde el encuadre psicoterapéutico y no con la mera administración de psicofármacos. Por ello, ha de atenderse a la división que Sifneos hace de alexitimia primaria (de origen predominantemente neurobiológico) frente a la secundaria (de origen psicodinámico).

Entre las múltiples características que un alexitímico puede tener, las siguientes son fundamentales:

- Tendencia a recordar pocos sueños y a tener pocas o nulas fantasías.
- Múltiples quejas acerca de sensaciones físicas.
- Mala expresión verbal
- Incapacidad clara tanto para la detección de las emociones como para la expresión de éstas.
- Preocupación excesiva por síntomas físicos observándose una notable dificultad en la descripción de las sensaciones corporales.
- Dificultad manifiesta en la diferenciación de estados emocionales. Por ejemplo pueden relatarlos todos como “Me sentía nervioso”, en situaciones tan dispares como la cólera, la ansiedad ante un examen y la comunicación de una buena noticia.

Una persona aquejada de este desajuste psicológico, contesta a la pregunta de ¿Qué le trae a consulta? de esta manera: “Es que cuando discuto con mi hermano se me pone un dolor aquí en el bajo vientre. Si la discusión continúa me dan como retortijones; noto mi estómago duro e hinchado a la vez”.

Seguidamente, se le pregunta qué es lo que siente cuando tiene esas sensaciones, a lo cual contesta: “que mi estómago y mi barriga no darán más de sí y que el ardor que tendré después será inaguantable”.

Como puede observar el lector, ni una sola vez se refiere a sensaciones psicológicas: no expresa emociones ni sentimientos, ni siquie-



ra cuando se le pregunta por sus sensaciones. Es incapaz de expresar afectos tales como la ira, el enfado, la ansiedad... Todo el discurso se refiere a las sensaciones físicas, nunca a las psicológicas. Aquí es donde se observa esa incapacidad comentada de mostrar sentimientos.

Relacionado con la alexitimia está el concepto del *pensamiento operatorio*, creado por la Escuela Psicosomática de París, entre cuyos autores destacan Marty, M'uzan, David y Fain. Los pacientes psicosomáticos tendrían un tipo determinado de pensamiento (operatorio), en el cual estaría incluido el ser alexitímico (Marty, 1980).

Esta forma de pensar se produce porque hay una regresión, ya que el modo de razonar no es adulto, en el sentido de que se corresponde con fases del desarrollo de la infancia.

En el pensamiento operatorio también se ve una cierta tendencia a cosificar las relaciones, además de ser vividas con poco afecto. A través de su gran pragmatismo, eluden las conexiones psicológicas de su problemática psicosomática, siendo ésta la expresión meramente física de sus sufrimientos.

4. Carácter y cáncer, la personalidad del paciente oncológico

Otras de las más grandes teorizaciones acerca de la psicosomática es la constituida por aquel conjunto de teorías defensoras de la existencia de cierto tipo de personalidades más propensas a padecer una enfermedad que otras (íntimamente relacionado con las teorías de especificidad de la personalidad). Así, se habla del carácter cardiópata, con tendencia a sufrir de ataques de corazón, o de la personalidad oncogénica, que se relaciona con el cáncer.

Es interesante detenerse en la personalidad del paciente oncológico, que parece tener más tendencia que otras a sufrir esta enfermedad. Se trata de un tema muy discutido por algunos profesionales. La cuestión es que hay pacientes que enferman físicamente en parte por la carga que sufren desde el ambiente, que incluye, aparte de los ecológicos, los correlatos humanos y relacionales. Todo ello ha dado lugar a una rama de la psicología que se dedica al estudio de estas y otras circunstancias relacionadas con el cáncer, la *Psicología oncológica*.



Por ello, creo que al igual que se pone en la cajetilla del tabaco que “fumar provoca cáncer”, o como escuché una vez que querían poner en los bronceadores que había peligro si se tomaba el sol sin la protección adecuada pudiendo ser una circunstancia propicia para tener cáncer de piel, también a alguno se le debería poner una etiqueta que rezara “cuidado con tratar y/o implicarte mucho conmigo, provocho cáncer”.

Puede parecer exagerado, pero es que hay gente con tanta rabia y odio, que transmiten una negatividad que puede desgastar no sólo el sistema defensivo psicológico, sino también el físico-inmunológico del otro con el que interacciona.

A algunos, esto les parece una tontería, pero desgraciadamente, nos encontramos en ocasiones con determinadas personas que son tan insoportables y que emanan tanta agresividad manifiesta o encubierta que se consolidan como un factor más para que esas células cancerígenas terminen por hacerse mortíferas, dado el daño que se le hace al sistema inmunológico.

La relación del cáncer con los factores psicológicos, la encontramos desde los ss. XVII y XVIII donde médicos oncólogos americanos y rusos relacionaban el cáncer con elementos psicológicos (denominados por ellos *pena prolongada*) que se pueden interpretar como acontecimientos negativos de importancia en la vida y neurosis.

Grosso modo, se puede decir acerca del cáncer que no es una simple disfunción, sino más bien una enfermedad en la que en determinados casos se pueden encontrar más de cien dolencias distintas –sólo a nivel físico, sin tener en cuenta el simbólico y el atroz dolor psicológico–. El proceso oncológico se produce básicamente por una disfunción del ADN (ácido desoxirribonucleico), el cual interviene en los procesos de programación nuclear, que a su vez influyen en la reproducción y en el crecimiento de las células.

Cuando el cáncer se instaura en el organismo, esta función de armonía celular no es llevada a cabo en unas condiciones mínimamente óptimas, puesto que en vez de haber un crecimiento ordenado y lento, éste es rápido y más bien caótico, por eso las células cancerígenas se reproducen rápidamente.



Podríamos definir el cáncer, muy a grandes rasgos, como un tumor (maligno en general) especialmente formado por células epiteliales. Se puede clasificar de la siguiente manera:

- Carcinoma. Hace referencia al que se puede producir en cualquier zona donde haya epitelio (capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formada de células de disposición y forma variable).
- Sarcoma. Es aquel tumor maligno que puede formarse a expensas de células del tejido conectivo común.

Para que el cáncer se produzca debe haber fundamentalmente dos cambios en el organismo:

1. Un cambio debido a la mutación del código genético, por el que las células normales (por el proceso típico en el cáncer) se convierten en malignas. Esta mutación puede venir dada por la incidencia directa del cambio genético, por la exposición ante un agente nocivo y/o por mutación espontánea.
2. Por un fallo de las defensas del sistema inmunológico contra este fenómeno. Los elementos básicos del sistema inmunológico en los que intervienen los procesos cancerígenos son aquellos componentes celulares que pueden actuar directa o indirectamente contra el cáncer destruyendo las células cancerígenas. Son los siguientes: células T, células B y células supresoras naturales.

El mundo del cáncer cuando se relaciona con factores sociales y psicológicos está lleno de especulaciones, y muchas veces de mentiras enormes e infames.

Por ejemplo, parecen ser ciertos en términos de probabilidades, pero no son leyes universales, que cánceres como el de mama parece contener un factor genético o que el de colon se asocia a una pésima dieta. Por otro lado, siempre probabilísticamente, parece ser que las personas casadas tienen menos probabilidad de tener cáncer, (salvo



problemas del aparato reproductor). Habría que añadir a esto último la coetilla de que el casarse implica menos posibilidades de tener cáncer dependiendo de lo mal o bien avenidos que estén los miembros de esa pareja, puesto que si se amargan mutuamente, la probabilidad de enfermar es mayor.

Lo que si es un dato bastante demostrado es la incidencia del consumo de tabaco en el cáncer de pulmón. A comienzos de 2003, se reunieron en Berlín mil doscientos oncólogos especialistas que constataron que en el 95% de los pacientes se observa que el consumo de tabaco está directamente relacionado con el cáncer de pulmón.

Por otra parte, hay mucha confusión inducida por auténticos ignorantes y estafadores, acerca de la posibilidad de curar el cáncer mediante métodos de curanderos, supuestos videntes y sanadores milagrosos. Éstos se dedican a estafar familias, con lo cual agravan su situación, dado que además del duelo de tener un enfermo terminal o no terminal se le añade una futura penuria económica dados los gastos que conlleva en muchas ocasiones. A estos individuos, desde luego, hay que ponerles en su sitio, que no es otro que el reservado para los delincuentes.

También se puede encontrar con más de uno que afirma curar el cáncer automáticamente con determinados métodos de relajación. Es decir, que a partir de lo puramente psicológico, el problema desaparece. Si usted recuerda, lo mencionado en el capítulo VI, una vez que se instaura un proceso psicossomático, éste tiene autonomía –principio de autonomía del síntoma–. Por ello, aunque los factores psicológicos puedan haber producido el deterioro físico, una vez que éste se ha establecido debe tratarse también físicamente, al menos por lo que respecta a los adenocarcinomas y otras formas de cáncer²⁵, es decir, con la medicación y los medios físicos necesarios para paliar el problema (radiación, extirpación...).

25. Más discutible es explicar la esquizofrenia o las depresiones crónicas y duras exclusivamente en términos de trastornos físicos a nivel de neurotransmisores, dado que en estas circunstancias la terapia psicológica sí que modifica los correlatos de desajuste biológico.



Muchos psicoanalistas, psicólogos y médicos dedicaron varias décadas de investigación para indagar sobre los rasgos fundamentales que, en el plano psicológico, encontraban en los pacientes con cáncer. Se han hecho varios estudios sobre la personalidad de estos pacientes. Si se seleccionan cuidadosamente las características de muchos de ellos, se puede ver cómo entre los factores más repetidos están (De Boor y Künzel, 1963):

- La pérdida de una persona de suma importancia y apoyo para el paciente; pérdida que puede ser o bien física –y esa persona ya no la trata, por ejemplo, por un enfado o por muerte– o simbólica, dándose la circunstancia de que el enfermo piensa que el otro se ha distanciado de él, por diversos motivos.
- Alexitimia, especialmente para expresar sentimientos de enfado y rechazo hacia los otros.
- Relación no interrumpida con los padres.
- Trastornos sexuales.

Por otra parte, en una investigación realizada por Giner Ubago y sus colaboradores (1983), se desprenden diversos datos acerca de los factores psicológicos que intervienen en el cáncer:

A) Diversas investigaciones señalan la depresión como un factor de primer orden en el proceso carcinogénico. La cuestión es que se confunde a menudo el hecho de si había una depresión previa, o si más bien, ha aparecido como consecuencia del diagnóstico y de la situación del paciente que, como es lógico, se sume en la tristeza.

B) Es difícil encontrar personalidades concretas en relación con la tendencia a padecer cáncer. Las nuevas teorías, ya no van encauzadas a la búsqueda de estas personalidades concretas sino al estudio de:

- 1) Mecanismos de defensa del *yo*, es decir, de esos sistemas de defensa que las personas tenemos –de los cuales hablamos en el primer capítulo–, que indican que los componentes premórbidos del cáncer se relacionan más con los mecanismos de defensa que con rasgos de personalidad.



2) Las relaciones objetales de la infancia, sobre todo, en lo relacionado con las pérdidas.

C) Importancia en el proceso de depresión previo al cáncer y la pérdida tanto reciente como brusca de una relación de dependencia, siempre añadiendo que ésta sea real o pueda ser simbólica.

Otro pivote de la investigación está en los aspectos médico-psicológicos del enfermo con cáncer. Se ha de tener en cuenta que:

A) Hay síntomas psicológicos precoces del cáncer muy típicos de los procesos depresivos como son: anorexia, cansancio... Esto es muy importante, puesto que el primer síntoma de un proceso oncológico es un síndrome psicológico de corte depresivo, por lo que es indispensable un diagnóstico diferencial muy fino en medicina psicosomática.

B) Los síntomas psicológicos que se observan en el paciente oncológico pueden venir derivados de:

- Síntomas reactivos (consecuentes) al conocimiento del psicodiagnóstico.
- Afectación directa o indirecta del sistema nervioso central debido al proceso oncológico (psicosis orgánicas).
- Reacciones al tratamiento, sobre todo, las debidas a los cambios en la imagen corporal como, por ejemplo, en el cáncer de mama.

Estos autores también reflexionaron sobre qué tipo de personalidades tenían los pacientes y la observación de diferentes diagnósticos psicológicos que encontraron en ellos. En cuanto a la primera cuestión, la de las tipologías de personalidad, tenemos los siguientes datos:

El 27,3% era de tipo asténico, y otro 27,3% era ansioso. Un 18,2%, histérico; un 13,6%, obsesivo y un 13,6%, equilibrado.

Respecto del diagnóstico, un 36,4% fue diagnosticado de depresivo-ansioso; un 27,3%, de ansioso; un 18,2%, de depresivo-inhibido; un 9,1%, de depresivo unipolar; un 4,5%, de depresivo hipocondríaco y un 4,5%, de trastorno de conversión.



Así, tal y como podemos observar, nos encontramos con el factor clave de la tristeza en estos pacientes, del duelo de haber perdido un vínculo de importancia. A todo ello se le suma una excesiva compostura, dado que no suelen ser personas que entren en conflicto con los demás.

De este modo, Hagnell y colaboradores les definían como personas que explícitamente parecen ser muy amables y sociales escondiendo a su vez una tendencia clara a la depresión.

Dunbar les definía como pacientes que han sido personas muy cooperativas, como si trataran de quedar bien con el entorno social; algo así como ser personas modelo, a la vez que bastante ansiosas, sensibles y pasivas.

Por todo ello, hay quien se aprovecha de estas personalidades y las consume poco a poco. Así, si vamos sumando factores como, por ejemplo, ser bebedor y/o fumador, llevar una vida sedentaria y estar acompañado de insoportables personajes que aprietan las tuercas, las probabilidades se suman y el riesgo de que se produzca el suicidio celular –que, en realidad, es lo que constituye el cáncer– será cada vez mayor.

Y no hace falta que ese individuo esté totalmente rodeado de personas insoportables. Sólo con uno es suficiente. Basta con que alguien lo tense, agujijoneando su paciencia, o que lo haya abandonado, ya sea porque ha fallecido o porque ha desaparecido de su vida –circunstancias que, como todas, se fraguan en la familia, donde los humanos nos hacemos y socializamos, donde aprendemos afectiva y conductualmente cómo llevar a cabo nuestros comportamientos y cómo distribuir la energía de los sentimientos, así como la percepción que se tenga de éstos.

Por ello, este tipo de personalidades que se han explicado en diversas investigaciones tiene claramente que ver con un carácter rígido que será muy difícil de variar; pero sí que se pueden reeducar, en cierto modo, para que haya un menor conformismo y se pueda romper con esa imagen de sufrimiento, entendida como una cruz, y con



su alexitimia, enseñándoles a expresar lo que les gusta y disgusta, pero desde un idioma sentimental y no racional.

En último término, ha de decirse que las investigaciones de curso (las que refieren a cómo transcurre la enfermedad, es decir, si con un curso rápido o lento) son las que más claros y mejores resultados han mostrado. Se ha podido evidenciar que los pacientes más asuntivos de su enfermedad y que la viven de un modo conformista –de hecho, así se muestran con el personal sanitario– tienen más probabilidad de morir antes que las que se muestran combativas, críticas e incluso agresivas con el entorno socio-sanitario que les rodea.

5. Otros tipos de personalidades psicósomáticas

Me refiero aquí básicamente a la personalidad ulcerosa y al cardiópata. En cuanto a la primera, se ven antecedentes de estudio en muchos psicoanalistas, entre ellos, K. Abraham (1959). Fue de los pioneros en indagar acerca de la posibilidad de que algunos estados mentales patológicos tuvieran traducción somática. También relacionó algunos problemas del tracto intestinal con la organización de la libido en las etapas oral y anal.

El húngaro S. Ferenczi en *Fenómenos de materialización histérica* parte del mismo planteamiento que Freud en cuanto a que los síntomas histéricos son representaciones somáticas de una fantasía inconsciente. Por ello habla de dos fenómenos relacionados con el fenómeno de la digestión sintomatológica: el *globus hystericus* (contracción de la faringe que produce el que no sea posible la deglución, producidas por *fantasías de felación, cunilinguo, coprofagia*–1919–) y el *vomitus gravidarum* (también típico en los casos de histeria, como puede ocurrir en el embarazo histérico, en el que no hay embarazo real, aunque también se den en embarazos reales, estos vómitos sin explicaciones biológicas plausibles).

Debemos tener en cuenta que lo que *tragamos* no sólo en el plano físico de la comida, sino también en cuanto a lo que soportamos diariamente y cómo lo digerimos, es del todo relevante en cuanto a un canal de comunicación alternativo de lo emocional. El aparato



digestivo es, por ello, un sistema capaz de simbolizar bastante bien procesos psicológicos.

Así, vemos como el acto de comer es una forma de incorporar que puede dar muestras de desórdenes psicológicos como los observados en la voracidad, la bulimia, las adicciones a la comida o a determinado tipo de ésta o el no querer comer, es decir, incorporar en nosotros el alimento y lo que este tiene de simbólico (anorexia). El fenómeno de la digestión y la evacuación también puede ser una metáfora del retener o ser una persona retentiva (de objetos, afectos...), también se halla en la digestión-expulsión el fenómeno del estreñimiento y la eliminación compulsiva simbolizado en las diarreas y/o en el vómito.

No siempre se trabaja desde este marco teórico inclinado a la sospecha de que la enfermedad es algo más que lo meramente observable (que es el síntoma físico). Davies y Macbeth estudiaron la úlcera *gastroduodenal* desde el convencimiento de que era una enfermedad puramente biológica en la que nunca mediaban otros factores.

Después de investigar a doscientos cinco pacientes se encontraron con una sorpresa, ya que vieron como un 84% de los casos de úlcera se habían producido como consecuencia de algún acontecimiento que afectaba el trabajo del enfermo, su situación económica o la salud de algún ser querido, es decir, situaciones relacionadas con los afectos y con elementos sociopsicológicos, los cuales –como hemos venido viendo– se comportan como estresores (distresores, más bien) que acaban por hacer ceder las resistencias orgánicas.

Cuando se habla de este tipo de problemáticas, se hace referencia a la úlcera péptica, nombre con el que se designa una patología que afecta la membrana mucosa del estómago o del duodeno. Para que se produzca una úlcera péptica debe producirse en el plano fisiológico:

- Hipersecreción de pepsina²⁶ que erosione la mucosa gástrica.
- Disminución de la resistencia de la propia mucosa.

26. La pepsina es una enzima del jugo gástrico que tiene como principal función convertir las proteínas en peptomas.



Profundizando en cómo es la personalidad del ulceroso, encontramos múltiples opiniones que suelen tener puntos en común.

Autores como Draper y Alexander insistían, a principios de los años 30, en la particularidad de que en hombres ulcerosos se solían observar comportamientos femeninos, comentario que puede sonar machista, ya que se refieren a hombres con una tendencia a la pasividad y a la dependencia, aunque superficialmente y ciñéndonos a su comportamiento pueda parecer incluso lo contrario, personas que se comen el mundo –por duro que esté– y que no dudan en algunos casos en pisar por donde sea necesario (el ejemplo prototípico es el del ejecutivo agresivo o el *broker* de la bolsa)

Ángel Garma (1954), el gran teórico de la psicopatología del ulceroso, se plantea que el elemento de la personalidad que se antoja clave en el carácter del ulceroso es la angustia crónica. Ésta se explica de formas diversas, pero una bien clara y definida tiene que ver, en los hombres, con la sexualidad masculina–femenina, es decir, son ambiguos en cuanto a que intentan ser muy varoniles, pero esconden temores más puramente femeninos contra los que en realidad se defienden.

Garma (1969) concluye que, en general, los ulcerosos aunque son personas con grandes éxitos profesionales y con muchas conquistas sexuales no aman, al mismo tiempo que están sometidos a una figura del otro sexo, cuyo cariño necesitan y por lo cual a niveles psicológicos suelen ser incluso maltratados.

Puede que se esté haciendo la siguiente pregunta: ¿cómo llega el ulceroso a adquirir su personalidad? Para el autor español, lo hace a través de determinados posicionamientos regresivos, a través de las teorizaciones de las relaciones objetales. Sabemos que el recién nacido con la primera que mantiene un vínculo estrecho es con la madre. La manera básica de comunicación con ella se hace con la alimentación, en la lactancia. Así, la relación se fundamenta en la satisfacción–privación de alimento.

Recordemos que cuando el bebé introduce en su boca el pecho y toma la leche, está introyectando en su mente una imagen (*imagos*)



que lo satisface. Las imagos pueden ser varias en una misma persona; por ejemplo, madre que priva, madre muy satisfaciente, a las cuales luego se unirán las imagos del padre. A esto se le suman aspectos de la conciencia moral que el niño va incorporando a su esfera; por ejemplo, si la madre no le da de comer puede que el bebé interprete que está siendo castigado porque anhela tener el pecho para sí y comer. Estas cuestiones pueden venir disparadas desde hechos aparentemente tan inocuos como, por ejemplo, darle una hora más tarde de comer, lo cual le propicia una desesperación y frustración máxima.

El caso es que estas problemáticas ulcerosas se asocian con regresiones a estas etapas, no muy bien resueltas a lo largo de otros episodios que se han ido dando a lo largo de la vida. Hay todavía confusión y se emplea el código de la alimentación como manera de expresar conflictos que pueden venir derivados de las primeras introyecciones que se realizaron.

Como dato curioso acerca de elementos comunes que hay en las personas ulcerosas, encontramos una de las investigaciones más famosas al respecto. Mirsky y sus colaboradores (1957) evidenciaron la existencia de tres factores constantes en la producción de la úlcera:

1. Eran pacientes hipersecretores.
2. Se observaban problemáticas de dependencia oral frustrada (que se determinaron a partir de la realización de tests psicológicos y de entrevistas con los pacientes).
3. Solía haber una situación en la que la persona estaba frustrada, que desencadenaba conflictos y deseos de dependencia.

Por tanto, siguiendo esa coyuntura, en esta investigación se trataba de validar las pioneras teorías de Alexander bajo los preceptos:

1. Los individuos deben de tener hipersecreción y,
2. tendrán un perfil psicológico determinado.
3. A esto, necesariamente, se le tenía que sumar que ha de darse un estímulo externo, una situación desequilibrante que provoque la crisis psicológica y el problema psicosomático.



Así que en esta gran investigación, sin precedentes se tomaron dos mil setenta y tres personas al azar, del ejército americano entre 17 y 29 años. Se llegó a tener después de varias fases²⁷ de investigación a un grupo de ciento veinte soldados. Así, quedaron dos grupos: uno de sesenta y tres hipersecretores y otro de cincuenta y siete hiposecretores. Los que tenían o iban a tener úlcera formaban parte de los sesenta y tres que tenían alto nivel de pepsina. Con un examen radiológico se observó que cuatro tenían úlcera y una ya estaba en activo.

Lo curioso es que a estos sesenta y tres sujetos se les pasaron –bajo el método del doble ciego, sin saber quiénes estaban enfermos– tests psicológicos, sin conocer los resultados radiológicos ni fisiológicos. Dos psicólogos y un psiquiatra asignaron los que debían ser, por rasgos de personalidad de oralidad y dependencia, a los grupos que eran hiper e hiposecretores. De estos ciento veinte, el 61% fueron bien asignados –de los que el 71% eran hipersecretores–.

Asimismo y dada la magnitud de los rasgos dependientes, el equipo psicológico señaló a diez de los ciento veinte hombres como futuros enfermos de úlcera duodenal, puesto que el ejército es una profesión precipitante para que confluyan todas las variables, puesto que –en último término– no son ni mucho menos satisfechas las demandas de dependencia que este tipo de personas tenían.

De estos diez que señalaron, siete de hecho enfermaron (con diagnóstico fundamentado radiológicamente). Dicho de otra manera, de aquel grupo de ciento veinte, nueve enfermaron y nada menos que siete de éstos fueron detectados anteriormente por el equipo terapéutico.

¿Qué rasgos de personalidad tenían estos sujetos detectados por el equipo psicológico?

27. A rasgos generales, de los más de dos mil se seleccionaban submuestras de trescientos hombres y, de éstos, se seleccionaban a su vez veinte, en los que se guardaban las tasas más altas y más bajas de pepsinógeno sérico. Al cabo de seis semanas, se obtuvo una muestra de ciento veinte hombres.



- Intensa necesidad de mantener relaciones con los demás y marcada angustia a perder la red social, esto es, las relaciones sociales.
- Marcada dependencia infantil en las relaciones.
- Infantilismo
- Negación de su carácter ansioso.

Y aquí reside el hecho más extraordinario de la investigación, que a través de estas características psicológicas señaladas, el equipo psicológico fue capaz de predecir con gran agudeza quién iba a tener un problema físico, en este caso una úlcera, dando muestra de que el conocimiento psicológico de los humanos nos pueden proporcionar pronósticos insospechados por nosotros

Estos resultados coinciden con las observaciones de Grace y Graham: la úlcera se desarrolla por la influencia de la agresividad que no es exteriorizada contra el ambiente que la produce y que frustra al sujeto, cuestión que se relaciona a la vez con la necesidad de ser cuidados, mimados y atendidos.

También suele ser muy comentada en el campo de la psicósomática la personalidad cardiópata. De hecho, alguna vez le habrá dicho a algún amigo (o le habrán dicho): “relájate, que te va dar un infarto”. No necesariamente por ser nervioso o estar muy activo esto tiene que pasar, sin embargo, si usted muestra esa cualidad puede que se halle englobado en lo que los cardiólogos estadounidenses Friedman y Rosenman (1959) convinieron en denominar el patrón tipo A de conducta, para diferenciarlo del tipo B.

Jaime es un paciente de 50 años, que viene a consulta aquejado de ansiedad y tristeza, lo cual le impide manejar una empresa que necesita de su supervisión, pues tiene más de media docena de empleados. Cuando tenemos la primera entrevista, Jaime se muestra con una actitud muy derrotista ante la vida, sobre todo, desde que hace dos meses tuvo un infarto.

Al llevar un tiempo en psicoterapia observamos cómo con su recuperación no sólo está mejor de ánimo, sino que incluso se muestra



maníaco: habla de modo constante, interrumpe cualquier intervención y quiere que las sesiones duren unos 25 minutos menos de lo habitual para poder realizar más tareas relacionadas con su habitual ocupación.

Al recuperarse de la tristeza con la que venía, vemos al verdadero Jaime: una persona que vive toda situación con mucha ansiedad, que parece estar examinado de manera constante y que nunca tiene bastante pese a que su empresa ha mostrado un gran crecimiento. Jaime está inserto en lo que en psicología denominamos el patrón tipo A.

Los individuos englobados en esta tipología tienen un patrón de comportamientos que pueden resumirse en los siguientes:

- Alta tendencia a la competitividad ligada al deseo de altos logros en diversos ámbitos, siendo los más acusados el profesional y el social. La meta siempre se queda corta, es decir, que aunque la alcance, va a buscar otra mayor, ya que no se está satisfecho con lo logrado y siempre necesita ir a otra cota, aunque seguramente ninguna será la suficientemente alta, cuestión que se relaciona con aquello que Lacan anunciaba acerca de la existencia de un deseo incolmable en los humanos, que en el caso de estos individuos es, si cabe, todavía mayor.
- Exceso de actividad (hiperactividad).
- Vivencia del tiempo como algo persecutorio y escaso –nunca es suficiente–. Tienden a hacer las cosas rápidamente. Esto se puede observar en su expresión verbal, puesto que hablan con extrema rapidez, incluso interrumpen a su interlocutor. El tiempo es tan necesario para ellos, que normalmente se lo roban al sueño, siendo individuos que no duermen la media normal de horas necesaria para la regulación del organismo.
- Con regularidad, emiten en su expresión verbal, palabras cortas y concisas en las respuestas. Son muy enfáticos y pueden incluso resultar maleducados porque terminan las frases del otro si este duda un momento sobre qué decir. Todo lo contrario que el patrón tipo B opuesto a éste que comento, donde el habla es más pausada, no interrumpen y no viven el tiempo con esa extremada ansiedad.



Lo curioso de los estudios de estos autores es que parten de sujetos que no tienen esas típicas problemáticas físicas y de la alimentación en las que se puede dar un infarto cardiaco (ser obeso, tener un exceso de colesterol-LDL²⁸, ser hipertenso, ser fumador, ser bebedor...), pero que con estas características psicológicas son candidatos a sufrir de estas alteraciones.

De hecho, el equipo encargado de la diferenciación entre ambas tipologías realizó en 1965 una investigación con tres mil quinientas veinticuatro personas que no tenían ningún problema cardiaco. Se demostró que aquellos que cumplían con los preceptos del patrón tipo A tenían el doble de posibilidades –que los que no lo tenían– de tener un accidente cardiaco.

Como se puede ver, ésta es una nueva ocasión en la que se ve a un tipo de persona que llega donde cree que, a modo de ilusión, va a ser mejor. Este patrón de comportamiento se caracteriza por querer ascender de nivel social y/o profesional. De hecho, le obsesiona cambiar de *clase social* creyendo que va a obtener mayores prestaciones. Aquí está una característica constante del neurótico, el querer ser quien no es para así, ilusoriamente, pensar que se está mejor o que se es otro renovado, de más calidad. Y, desde luego, el cardiópata constituye uno de los ejemplos más claro de neurosis.

Y es que, precisamente, una de las mayores cualidades que se observa en la neurosis es la falta de identidad y autoestima real (Cencillo 2002 b, p. 47). Así, cada vez se va haciendo más grande la mentira de quien se cree que es y no se aceptan las limitaciones, junto a una forma de vida desproporcionada, se crea una circunstancia en la que es cada vez más probable que haya un ataque cardiaco o una complicación coronaria, sobre todo, si a estos elementos se suman determinados factores bioclinicos (malos hábitos de alimentación, abuso de alcohol...) como los que acabamos de citar arriba.

28. Lipoproteína de baja densidad que comúnmente se denomina colesterol malo.



Piense usted y recuerde que este planteamiento se viene repitiendo a lo largo del presente libro para explicar diversas circunstancias del sufrimiento humano. Y es que, a menudo, se confunde lo que uno es con lo que uno tiene y ni de lejos es lo mismo. Desde el momento que se tiene para satisfacer las necesidades de afecto (de la clase que sea, paterno, fraterno, de pareja...), de alimentación y de cobijo, ya no deberíamos necesitar más, pero el deslumbramiento de ir a la moda, de tener un gran coche o varios, una buena casa y algún apartamento en la playa o chalés y el ganar mucha *pasta* puede a la razón de ese planteamiento y descoloca constantemente a las personas.

Por supuesto, es comprensible que las personas deseemos y fantaseemos con lo que podemos lograr o tener, pero de modo constructivo. En la mayor parte de los desajustes de personalidad –que al fin y al cabo son distorsiones existenciales– el anhelo por tener es tan grande que se cree –y esto es una de las más grandes trampas de la humanidad– que con eso deseado se va *a ser más*.



10

CONSECUENCIAS DE LAS VIRTUDES HUMANAS: EL ACOSO MORAL

La persona muy envidiosa es insaciable. Nunca puede quedar satisfecha, porque su envidia proviene de su interior y por eso siempre encuentra un objeto en quien centrarse.

M. Klein, 1957.

1. ¿En que consiste el acoso moral?

El acoso moral, término introducido por M.F. Hirigoyen (1998), es un fenómeno que no tiene una fácil definición por tener varias facetas y componentes. *Grosso modo* puede decirse que se basa fundamentalmente en el menosprecio de otro u otros, siempre mediante tácticas sutiles y difícilmente probables, sobre la víctima (el acosado).

Entre estas facetas se hallan el no atender a las peticiones del otro, no contar con la otra persona como si de algún modo no existiera haciéndola de menos y, como consecuencia, humillándola. También es común el descalificar al otro desde actitudes no del todo manifiestas, como pueden ser las incluidas dentro de la comunicación no verbal (silencios, suspiros).

Quien sufra de acoso moral también será objeto de descréditos demagógicos e infundados. Por supuesto, también se incluyen otros



elementos como *hacer el vacío* o provocar que la persona yerre o fracase en las tareas que tiene que llevar a cabo.

El acoso moral puede producirse en diversos contextos, como, por ejemplo, las relaciones de pareja, las relaciones familiares o las interacciones en el trabajo. La violencia del maltrato psicológico no tiene freno y traspasa todas las instituciones, puesto que siempre hay quien se encuentra como víctima y quien sádicamente se instituye como verdugo.

No sólo hay maltrato psicológico en las parejas, sino que también pueden darse otros en el ámbito familiar; por ejemplo, entre hermanos, de padres hacia hijos y de hijos hacia padres. Se trata de una circunstancia más para neurotizarse a las personas y hacer, incluso, que luego sientan auténticos cuadros de depresión, que difieren de los que vienen proporcionados por otras causas.

Este fenómeno no es nuevo. Antiguamente, en Japón denominaban *ijimi* a una circunstancia en la cual las personas sufrían de novatadas y humillaciones para integrar a individuos aislados en la norma del grupo.

Como ve, el acoso moral es otra de las consecuencias de las *virtudes* humanas. ¿Se imagina cuál es la que más influye de todas las que hemos visto? Seguramente haya acertado, es la envidia. Para Hirigoyen (1998, 2000) el egocentrismo producido por la envidia lleva a los sujetos que cometen el acoso moral a apropiarse de lo que el otro tiene mediante la destrucción de su identidad. Los sujetos que se dedican a esta deleznable tarea reciben el nombre de *perversos narcisistas*.

2. Conceptos afines al acoso moral

Para comenzar con esta sección, ha de decirse que ciertas circunstancias que generan estrés o burnout aunque no son sinónimas de acoso moral, sí pueden ser una característica más que intervenga en el fenómeno. Por ejemplo, si a un niño de 9 años le hacemos que cuide de su hermana pequeña de 3, le estamos sometiendo a un estrés excesivo. Si, además, le hacemos ver que no puede realizar esa tarea



se le maltratará psicológicamente dado que le estamos pidiendo una responsabilidad que no puede llevar a cabo. Ahí se ve que los niños *parentalizados* son claras víctimas del acoso moral.

Un tipo de acoso moral del que hoy se habla mucho es el *mobbing*²⁹ o *acoso moral en el trabajo*. Este concepto fue expuesto por H. Leyman (1996) también como *psicoterror* y proviene de la etología animal. El nobel Konrad Lorenz habla, como antecedente de esta circunstancia, de la observación de las conductas que los animales llevan a cabo cuando quieren echar a un intruso del grupo. Esto se ha observado, entre otros, en los estudios con gorriones, mirlos o estorninos que juntándose en grupo atacan a un posible depredador, como puede ser un halcón.

Sin embargo, esto lo lleva Leyman al mundo de la empresa, observando un fenómeno de acoso que se produce sobre una persona que es sometida a menudo a un ambiente hostil, de modo constante y recurrente, sufriendo, como fruto de la repetición, un desgaste continuado en el plano psicológico que le llevará a desarrollar determinados síntomas y síndromes de diversa influencia e importancia en su vida. En este caso, la persona no es una *depredadora* del grupo, sino que, por alguna circunstancia, es diferente y, por eso, va a verse acosada por el grupo.

Para Hirigoyen (1998) son dos los principales factores que se observan en el *mobbing*:

- el abuso de poder y
- la manipulación perversa, la cual puede entenderse como un comportamiento que el acosado sufre y que consiste en una sádica forma de actuar que incluye, por regla general, una retirada de los cauces de la comunicación a la persona acosada, así como una publicidad demagógica de esa persona ante los demás.

29. Del inglés *mob*: muchedumbre, plebe y en la acepción aquí utilizada *atacar en masa*.



En nuestro país, desgraciadamente, son cada vez mayores los casos de mobbing documentados. Mediavilla (2003) recoge unos cuantos casos reales ilustrativos a este respecto.

En cuanto a la primera resolución de un juzgado en España por una circunstancia de mobbing, está registrada en Cataluña y su resolución se hizo pública en febrero de 2003, teniendo que pagar una empresa más de 14000 euros a una empleada víctima de acoso moral. Parece ser que todo empezó cuando ella se negó a ser más cortés de lo normal con el jefe, porque se pretendía de ella un servilismo humillante. El problema se incrementó cuando no quiso participar en la colecta que algunos empleados de la empresa hicieron para comprar un regalo al hijo del jefe.

El acoso moral consistió, según las pruebas que fueron aportadas, en que sus compañeros le hacían de modo constante el vacío, le contaban los minutos que estaba en el servicio cuando se ausentaba y le decían que todo lo que hacía estaba mal. Sin duda, el desgaste psíquico, la humillación reiterada y la sintomática depresiva y ansiosa que esta mujer soportó es realmente difícil de sobrellevar y de elaborar incluso en una psicoterapia diseñada para tal efecto.

En este caso comentado, se observa una de las características fundamentales del acoso moral en el trabajo: el hecho de aislar a los individuos, de romper todo tipo de comunicación con ellos, y cuando se dice algo –o se comunica no verbalmente con gestos– es para mostrar desprecio y/o agresiones verbales, que pueden llegar incluso a ser físicas, o señalar lo que al entender del acosador/es, la persona hace mal. Aunque esta actitud en ocasiones puede ser descarada, en otras no lo es tanto, de modo que de manera sutil se van metiendo *pullas* y se trata de, aun con buenos modos, ir *colocando* comentarios negativos en esa persona; por ejemplo, criticándola por la espalda, por muy constructiva que esta crítica se quiera hacer. Ésta es una cualidad fundamental del acosador (perverso narcisista), su cobardía para dar la cara, para enfrentarse abiertamente a la persona acosada.



Otra peculiaridad observada en estas actitudes radica en no pasar información al acosado, siendo otro de los procedimientos del mobbing. Por ejemplo, no pasarle recados, no pasarle llamadas, incluso quitarle clientes y, por supuesto, no dar debida advertencia de cuándo se celebran determinadas reuniones o dónde se encuentra una información vital para el puesto que esa persona desempeña. Del mismo modo, puede restringírsele el acceso a algo que necesita para realizar su trabajo (un programa de ordenador, el teléfono de un cliente o el de un compañero...).

Y quizá lo más rastrero e inhumano de toda esta situación es hacer que la víctima se convierta en verdugo, es decir que todo lo que ocurre es por su culpa, porque es incompetente³⁰, porque es descuidado...llegando al máximo exponente las mentiras que pueden circular sobre él en la empresa o en el grupo.

Resumiendo, para la autora, son cuatro los principales grupos de actitudes de acoso moral en el trabajo:

- Atentados contra las condiciones de trabajo del acosado, por ejemplo, críticas infundadas o exageradas, cambios en su puesto de trabajo, negarle el acceso a información importante para su cargo...
- Comunicación cerrada, aislamiento del acosado.
- Atentar contra su dignidad y, además, hacerle ver a él/ella y al grupo que es el culpable de la situación en la que se halla inmerso. Sería como una racionalización sádica y destructiva contra una persona.
- Violencia física, verbal o sexual (acoso sexual como consecuencia del acoso moral).

30. Y puede que en el grado de acoso en el que se encuentra incluso lo sea, pero por haberse hallado en una circunstancia de constante daño hacia su persona que lo ha llevado a no poder desempeñar fluidamente sus tareas. O no es incompetente en absoluto y se le están haciendo realizar tareas que no son de su competencia. Sería, por tanto, no-competente en (porque no le compete) ese cargo o tarea porque es competente para otra tarea que desempeña con asiduidad.



En cuanto a su caracterización, el mobbing puede ser:

- Vertical, es decir, el que proviene de los jefes o directores. Es el más común y el que todos tenemos en la cabeza cuando se habla de este maltrato psicológico. Este mobbing vertical puede tener varias funciones como, por ejemplo, intentar hacerle la vida imposible a un empleado, hasta que dimita de su cargo para así ahorrarse los pagos del despido; incluso puede no haber función estratégica, sino tan sólo satisfacer el sadismo de los que mandan.
- Horizontal, es decir, el realizado por iguales, entre colegas, entre empleados. Este tipo de acoso suelen hacerlo los *trepas*, personas sin escrúpulo ninguno con tal de ascender en su profesión. Consiste en una competencia desleal en la que, por regla general, se intenta ir contra el rival que, aunque es más débil, usualmente será más válido y adecuado para el puesto que el otro intenta usurpar.

En este caso con facilidad puede haber un acoso mixto, puesto que los jefes pueden estar al tanto y no hacen nada por evitar esa situación.

- Descendente, es decir, el mobbing realizado por subordinados que bien con falsas acusaciones o bien con la coligación del grupo pueden maltratar psicológicamente a un jefe o director. También puede darse la circunstancia de un empleado que se aproveche de la indemnización que tendrían que darle por despedirle, para amargar la vida a sus jefes y hacer las tareas encomendadas sólo por encima, de modo tal que tampoco constituyan una prueba estos hechos (se las arregla el sujeto para ello), en caso de haber una expulsión, conllevaría ventajas sustanciosas.

Hay otros tipos de situaciones que se asemejan al mobbing (Hirigoyen, 2000). Una de ellas es el *ijimi* anteriormente comentado. Otra es el *bullyng*³¹ término que con una claridad mucho más patente indi-

31. Del inglés *to bully*, ofender.



ca una circunstancia en la que algunos desoyen las humillaciones y vejaciones a las que son sometidas algunas personas que residen en colectivos (familia, colegio, ejército, empresas...).

El *harassment* es un término acuñado por Brodsky en los años 70, que tiene que ver con el hostigamiento que se hace sobre una persona para minarla, ofenderla, en definitiva, dañarla. Se puede entender el *harassment* como el paso previo al acoso moral. Cuando se detecta esta circunstancia, las cosas sin lugar a dudas ya se han puesto demasiado feas.

3. Acosando en la intimidad

Por supuesto, otro de los ambientes *estrella* donde se produce el acoso moral es en la intimidad, fruto de esas paredes que constituyen el hogar de cada uno, ese “hogar, dulce hogar” que, desgraciadamente, para algunos no lo es tanto, sino más bien un foco de conflicto y sufrimiento.

Como todos sabemos, el maltrato dentro de la pareja y la *violencia de género* son dos temas en boga, en la actualidad. El maltrato psicológico puede tener múltiples formas porque es camaleónico. Se sirve de varios registros distintos para hacerse efectivo. A veces, incluso los terapeutas nos sorprendemos de las formas tan sutiles con las que un miembro de la pareja puede someter a acoso a otro.

Una de las más comunes es la de cortocircuitar la comunicación y hacer lo que le venga en gana al otro, por ejemplo, comprar tal o cual artículo de importancia que impacta en la economía familiar, irse sin comentar nada a una excursión o asunto de trabajo, ausentándose sin explicación alguna...

Una de las herramientas fundamentales, tanto en el acoso como en el maltrato físico, reside en la manipulación económica, circunstancia en la que por lo general es la mujer la víctima (pero no siempre, puesto que el varón también puede sufrirlo). El hombre maneja la circunstancia argumentando: “yo soy el que trae el dinero a esta casa”, “sin mí, no puedes hacer nada”, “yo gano más que tú, así que se hará lo que yo diga”.



Si no hay una independencia económica clara, el dinero y los bienes se instrumentalizan y el otro no puede hacer nada ni comprar nada; el acosador sí. Es el agravio comparativo del acoso moral. De igual modo, la mujer golpeada, sin una ayuda institucional correcta y competente, no puede salir de ese entorno porque si no hay quien la ayude y apoye económicamente para que al menos haya un lugar adonde ir ¿cómo va a poder salir de esa situación?

Hay quien argumenta que a la mujer maltratada se le ofrece una circunstancia de beneficio secundario, en la cual obtiene algo positivo para ella de ese maltrato, aunque sólo sea satisfacer sus impulsos masoquistas. Para Hirigoyen, esto no es así en absoluto; constituye un injusto reduccionismo psicoanalítico, porque así la víctima se convierte en cómplice. Todo es discutible. Hay situaciones en que la apreciación de la autora es acertada y la víctima no es cómplice, sino que incluso puede sentirse como verdugo por ese mecanismo por el cual el perverso narcisista sugiere al otro haciéndole pensar que es un monstruo y que lo que se produce es por culpa suya. Además, si observamos la situación podemos ver que la causa económica que acabo de exponer no tiene nada que ver con el masoquismo.

Si esa persona no tiene posibilidades de que le den trabajo o de que la ayuden económicamente, no podrá independizarse y por tanto ¿Qué solución le queda para salir de esa circunstancia en la que vive? Desgraciadamente si el estado no pone más medios para evitar esta situación se seguirá sufriendo mucho el maltrato en silencio.

Por supuesto, hay hombres y mujeres que se niegan a abandonar la situación porque creen que eso es lo mejor para sus hijos, y prefieren preservar su sufrimiento si a cambio la familia permanece unida, aunque haya maltratos de por medio. Es el modo de vida que algunos prefieren tomar, cuando es bastante cuestionable que sea mejor esto para los hijos que una separación de la pareja.

Sin embargo, por otro lado, me temo que la autora, con la radicalidad de que en el acoso moral no hay un cómplice ni siquiera de modo inconsciente, cae en un cierto grado de feminismo. A menudo sus ejemplos sitúan solamente a la mujer como acosada cuando habla de la vio-



lencia psíquica y física en pareja. También, al no ser que el problema venga de la traducción cuando habla de los factores del mobbing en el trabajo, se refiere en femenino a las situaciones: “se hacen circular rumores en torno a ella”, “se le tilda de enferma” o “se le sigue por la calle, se le acecha ante su domicilio” (Hirigoyen, 2000).

Se puede entender de todo esto que ella no quiere ver una secuencia en que la mujer no sólo está siendo acosada sino que además participa activamente de esa situación porque obtiene algo de ello.

Quizá esta sea la cuestión por la cual se posiciona un tanto extremadamente en que esto pueda darse.

Para Hirigoyen en los casos de acoso moral no hay masoquismo porque la persona al salir de esa situación se siente aliviada y liberada, sin embargo, no me parece este un buen criterio de diferenciación, puesto que las personas masoquistas, cuando rompen con esa circularidad, también se sienten aliviadas y libres, han descubierto lo que les supone abandonar su beneficio secundario, y han aprendido también a valorarse más a sí mismas y a no pagar altos precios por obtener nimios resultados afectivos. Con ello, se puede concluir que si bien no hay en todos los casos de acoso moral masoquismo, tampoco se puede decir que no lo hay en ninguno.

Dice la autora respecto del masoquismo: ¿cómo se explica que desaparezca una vez que la víctima se ha separado de su agresor? (1998, p. 125). Yo le respondería, por un lado, que aunque parezca que ha desaparecido, no tiene por qué, puesto que más tarde puede buscar una relación de pareja o de amistad que nuevamente le vuelva a someter, no es oro todo lo que reluce, cualquier persona puede hacer ver que ha desaparecido un síntoma en ella y ser sólo una ilusión.

Por otra parte, ese masoquismo del que hablamos, si luego no se encontrara, es decir, hubiera desaparecido a lo largo de toda la vida de esa persona, puede que sea porque se ha elaborado la función que tenía en la economía energética³² de esa persona, bien sea mediante un

32. Es decir, que ha valorado lo que le cuesta esa relación y por qué gasta energía (de ahí que utilice la metáfora económica) en esa relación, ver por qué engancha de modo neurótico con esa u otra situación relacional.



proceso de psicoterapia o por ella misma (aunque esto es más complicado, por lo cual se tendría que presuponer una gran inteligencia y unas cuantas porciones sanas en su *yo*).

Freud en *El problema económico del masoquismo* (1924) explica cómo en el masoquismo moral es fundamental que haya un sentimiento inconsciente en las personas de culpabilidad, el cual les puede llevar a una necesidad de castigo, y aquí sí que acierta de pleno Hirigoyen puesto que nos explica cómo los perversos narcisistas, a la hora de poder llevar a cabo con *guante blanco* su acoso moral, tienen una especial facilidad para detectar y explotar esas características negativas de tendencia destructiva de las personas.

Por su parte, la autora argumenta que no se trata de masoquismo moral dado que las víctimas no muestran quejas como en los casos de Freud, sino que en un principio se hallan llenas de vida, como sin darse cuenta de lo que pasa, pero como ya sabemos la negación y la formación reactiva son bravos aliados cuando las cosas se ponen mal. Así, las víctimas pueden dar la sensación de que todo va bien, quizá no quieren ver el proceso que se ha puesto en marcha y/o no quieren pensar sobre cuál será, a buen seguro, el negativo pronóstico de la situación.

Aunque la víctima parezca encontrarse bien en la situación no tiene por qué ser realmente esto así, pudiendo simplemente estar poniendo buena cara ante *el mal tiempo*; es decir, simbolizado ante la tremenda tiranía de quien sin escrúpulo maltrata y propone la intensidad y el ritmo de la relación a su antojo.

La última explicación a la pregunta abierta que deja Hirigoyen es que puede que efectivamente en esa persona no hubiese rasgos de masoquismo; simplemente, estaba engañada y había visto en el otro miembro un precioso envoltorio que escondía un dulce envenenado y dañino. Y puede ser, no discuto, que en la mayor parte de los casos que la autora describe, así sea, pero ha de reiterarse que no siempre ha de ser de este modo descrito.

Completando todas estas cuestiones, se ve cómo en ocasiones la mujer o el hombre sí que se pueden independizar económicamente y/o recibir ayuda de amigos o familiares. Sin embargo se hallan *a gus-*



to en la situación y no hacen nada por romperla. Hay un claro maltrato psicológico, pero todo se racionaliza viendo las partes buenas del otro y de la situación. Craso error, dado que esto se irá haciendo cada vez más rígido y problemático.

En 1920, Freud ya ofreció una explicación de por qué las personas repetimos las situaciones conflictivas durante nuestra vida. Con el concepto de *compulsión a la repetición*, menciona aquella circunstancia por la cual, de manera inconsciente, las personas reeditamos experiencias del pasado actualizándolas en momentos presentes de la vida. Así, el hombre que tuvo una madre incapaz de cuidarlo adecuadamente, tiene por novia a una alcohólica para dejarla y casarse con una ludópata; tipos de mujeres que siguen sin poder tener capacidad de atenderse y cuidarse a sí mismas y, por supuesto, sin poder hacerlo con el sufrido marido.

Relacionado con este concepto encontramos el *efecto Zeigarnick*, que consiste en intentar solucionar o acabar con lo inacabado en el campo de los afectos. Así, hay un constante intento de finalizar la tarea de búsqueda afectiva que no se dio (o aunque se diera, no se percibió o no se supo pedir en condiciones) y que se trata de llevar a cabo en las relaciones posteriores, para rellenar el vacío sentido. Es como si tuviéramos un cesto y en él pretendiéramos que los demás nos metieran esos afectos que anhelamos.

Así, ocurre que hay quien consciente o inconscientemente se pone a mendigar afectos, de modo que intenta que se eche en el cesto aquello que siempre quiso tener en relación con los cariños y las atenciones, para rematar una situación que es percibida y sentida como inacabada.

Esta coyuntura descrita, es por regla general, y tal como supon-drá, bastante "oral", en cuanto a que es una situación particular basada en obtener siempre algo de los demás.

Así que, concluyendo con toda esta temática abordada, si bien en ocasiones no se puede ser estricto e inflexible, dictaminando que todo el que se encuentra en una situación de maltrato, por el hecho de continuar en ella, es una persona masoquista que obtiene beneficios



varios por esa situación, tampoco se pueden descartar estas hipótesis en ciertas ocasiones, porque se puede dar el caso de quien pague un alto precio en su relación –el maltrato–, por obtener esporádicamente dosis de afecto aisladas que le dan la sensación de cariño, de ese afecto que nunca se obtuvo en realidad.

De hecho, muchos acosadores/as morales en el principio de la relación se mostraron más afectivos, sedujeron con diversas tretas a la otra parte de la pareja haciendo que confiara ciegamente en el perverso. La persona que demanda afectos (que quieren que le llenen su cesta vacía) muy pronto quedará prendada, es fácil de seducir, sin sospechar siquiera el alto precio que tendrá que pagar por todo ello.

Ahora bien, tampoco es justo decir, “bueno, si ha sido acosada y maltratada es, en realidad, porque lo deseaba, necesita eso para alimentar su *patología*”, puesto que estamos hablando, en definitiva, de víctimas que pagan sus desajustes psicológicos muy caros, y no es de recibo el decir que si sufren es por culpa suya. De modo total, el maltratador influye con múltiples tretas y engaños para que la víctima *pique el anzuelo* para ser pescada y ahogarse poco a poco en la situación.

La intimidación del acoso no se remite solamente a la pareja. Como podrá suponer, esto también puede darse de modo global en la familia, es por ejemplo, el caso de uno de los padres, de los hijos o abuelos que funcionan de chivo expiatorio y que parecen tener la culpa de todo lo que ocurre en el seno familiar, así, por ejemplo, una hija que no estudia puede ser la causa de todos los males familiares, un padre en paro puede ser tratado como un incompetente que no puede mantener al resto de la familia, o un abuelo cansado por su vejez, un objeto senil que sólo estorba en el ambiente.

Muchos de los pacientes adultos que tienen problemas psicológicos han sido niños maltratados psicológicamente, a los que se les negó muchas veces el cariño. Se les dio más responsabilidad de la que tenían para luego decirles que lo hacían mal y se les chantajeaba afectivamente, entre otros ejemplos; todo ello aderezado con una cru-



da forma de comunicación, violenta cuando era manifiesta y negada cuando era necesitada.

Y esto constituye en toda regla el acoso moral: el maltratar psicológicamente sin que haya por medio claras agresiones verbales (ni castigo físico). Una circunstancia en la que parece que todo se hace por el bien de los hijos, cuando en realidad se les está proyectando todos los miedos e incompetencias propias de quien maltrata, así sin más y de modo gratuito. Eso sí siempre con la premisa de que para remate la víctima es el culpable de lo que ocurre.

Otras formas también crudas de acoso moral son las que describe Hirigoyen (1998, p. 46) relacionadas con las temáticas sexuales. Sin que llegue a haber un abuso sexual, sí que puede haber un claro maltrato psicológico por mediación de la temática sexual. La autora habla del *incesto blando*, basándose en una expresión de Racamier, denominada *incesto latente* (1995).

Estas circunstancias remiten a condiciones tan distintas como el de la madre que le cuenta a una hija de 12 años los problemas sexuales de su marido, comparando sus atributos sexuales con los de otros hombres con los que se ha acostado, o del padre o la madre que lleva a su niño para que le sirva de coartada cuando va a mantener relaciones sexuales con sus amantes.

Además de constituir hechos totalmente horripilantes y traumáticos, no son fácilmente patentes en cuanto a que constituyan pruebas claras en el plano jurídico, aunque sí puedan desencadenar tremendos problemas psicológicos, puesto que –como en todas las facetas del acoso moral–, el que lo lleva a cabo siempre está actuando de una forma latente, pero nunca se manifiesta abiertamente como un maltratador.

4. Consecuencias del acoso moral

Y como si de un cúmulo de despropósitos se tratase, se observa que fruto de unas consecuencias vienen otras. El acoso moral puede entenderse básicamente como producto de las que jocosamente llamo *virtudes*, como son, en este caso, el narcisismo y la envidia. De ellas se



vale el perverso narcisista –maltratador– para hallar dentro de sí todo el potencial para someter al otro.

Siguiendo con esta cadena, una vez que está instaurado el acoso moral, éste tiene otras consecuencias sobre la víctima. Este proceso se instaura en dos fases distintas: la de la seducción perversa y la de la violencia perversa.

- La *seducción perversa* es un periodo en el que la persona que acosa se sirve de sus encantos para hacer bajar al otro la guardia. Es entonces cuando se trata por todos los medios de dominar a la víctima, desposeyéndola de sí misma y desautorizándola en todo momento de cualquier control sobre la situación. En un *tira y afloja* constante del perverso, se somete a la otra persona –incluso durante años– a una situación que finalmente no controla. El perverso, en realidad, hace esto porque teme al otro, es decir, en realidad esconde altísimos gradientes de miedos e inseguridades que le llevan a instaurar esta relación de dominio. En definitiva, teme el potencial de dominio que se halla también inmerso en el otro.

Las principales consecuencias que esta fase tiene sobre el sufriente son que ante la posibilidad que se atisba de estar siendo dominado se impone una actitud que no polemiza con el agresor, puesto que teme una separación de él, siendo ésta, muchas veces, el arma principal del acosador que sabe como nadie jugar esa baza con todas las ventajas. Así, la persona maltratada se comporta de modo dubitativo y confuso, en realidad, no sabe si su veredicto tendrá razón y se comporta como *una histérica* o como *un paranoico*.

No hace falta tener muchos conocimientos en Psicología o Medicina para darse cuenta de que inevitablemente todo llevará a que la persona acumule cada vez más tensión interna; estrés que provocará, a su vez, no solamente una sensación psicológica displacentera, sino que además habrá una traducción directa de esta problemática en referentes internos físicos de la persona. Esto por supuesto desencadena en problemas de índole física a largo plazo (enfermedades psicósomáticas).



- La *violencia perversa*. Constituiría ya una fase de descarado maltrato y acoso moral. El odio se hace manifiesto y como dice la autora “no se trata de un amor que se transforma en odio, como se podría llegar a pensar, sino de una envidia que se convierte en odio” (1998, p. 102).

Ahí está, le pillamos al perverso narcisista. En realidad, sólo es un inseguro lleno de envidias por lo que el otro es. Ahí esta otra vez la importancia definitiva de la envidia en la explicación de la destructividad humana, así verá usted que no es baladí todo el tiempo que se le ha dedicado en esta obra a las *virtudes* propuestas sobre las vibraciones negativas que a partir de este sentimiento reverberan por múltiples cauces de las relaciones humanas.

Como habrá de suponer, el acosador moral –con toda esa amalgama de odio que siente– someterá a la víctima a las más crueles de las situaciones, eso sí con un exquisito sentido de la medida para que el otro no tenga pruebas tangibles y claras de su maltrato.

Es más bien un trato crudo, como sin afecto, el que reina en estas situaciones con una continua enumeración de los defectos (reales o supuestos) del humano sufriente que termina por rematar su frágil imagen personal; incluso espera que pierda los estribos y *salte*, que la víctima se ponga violenta para así decirle que quien tiene los problemas es ella.

Los síntomas consecuentes de estas situaciones son los que se ven a largo plazo, siendo más duras que las anteriores. Entre éstas, pueden verse claras enfermedades psicósomáticas como úlceras gastroduodenales o problemáticas cutáneas.

También patologías psicológicas, depresión como síntoma de la sensación de fraude que el otro ha dejado sometiéndole, manipulándole y maltratándole o conductas abiertamente agresivas contra la persona maltratadora, fruto de una variación de la personalidad, lo cual a su vez puede ser perjudicial si de algún modo el maltratador tiene una prueba de que la persona agresiva es la otra.



11

EPÍLOGO. COMO RECUPERARSE DE LAS VIRTUDES HUMANAS: LA IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA

Sabio es el que conoce a los demás.
Iluminado es el que se conoce a sí mismo.
El que vence a los otros tiene fuerza,
pero el que se vence a sí es el hombre fuerte.

Lao-Tse (Tao te ching).

1. "Tengo tanto miedo que, para no hacer psicoterapia, mil excusas invento"

Por tanto, son muchos los que sufren y/o hacen sufrir, pero pocos los que tienen el suficiente valor para enfrentarse de verdad con ellos mismos y poner en tela de juicio lo que les ocurre. Una de las principales excusas para no afrontar lo propio en un proceso en donde se ayude a la persona es la económica. Otra es que el que se queja de su malestar, llegado el momento de afrontar la terapia, racionalice pensando que no es tan grave lo que le pasa.

Analizando al hombre actual, no se puede decir precisamente que en términos generales exista mucha salud mental. Encontramos ancianos con el síndrome de Diógenes, es decir, que sin necesidad, buscan en las papeleras y basuras, objetos para *tener más*, a la vez que



viven en unas condiciones insalubres cuando no necesitan vivir así, puesto que sus condiciones económicas les permitirían otra situación.

También hay jóvenes que entre los 23 y los 33 años –cuando se juega uno la mayor parte de su futuro (Cencillo, 2002b)– se dedican a embobarse saliendo de marcha hasta reventar, a ligar de modo superfluo y banal, y a dilapidar los recursos económicos en cuestiones que no ayudan precisamente a la construcción de su futuro.

Asimismo, se observa multitud de personas –no sólo de las denominadas maduras, sino también jóvenes– con multitud de problemas sexuales y de pareja, que no saben querer ni dejarse querer, que no han aprendido un modo correcto de amar, de mostrarse como *todo* para la otra parte de la pareja, y eso se traduce en que las conductas sexuales son pésimas, produciéndose impotencia, eyaculación precoz, vaginismo... Y qué decir de tantas y tantas personas que acusan una tristeza crónica que la mayor parte de las veces es utilizada para manejar, a su antojo, su entorno social.

Luego están los hijos que no se sienten comprendidos por padres que llegan a pensar que éstos son parte de su propiedad y, por tanto, que pueden hacer o deshacer lo que quieran, porque ellos saben *qué es lo que necesitan y les conviene*; o hijos que nunca han percibido que se ocuparan de ellos. También hay padres que se sienten solos, sin capacidad para atender a aquellos que criaron, los cuales cada vez se complican más la vida, ellos solos. Hijos que ven cómo sin la ayuda de nadie terminan metiéndose en un pozo cada vez más hondo, lo cual frustra más todavía a estos padres que se sienten incompetentes.

Gente que en esos *cibers* se meten en manada y se conectan al *chat* y se comunican con alguien de la otra parte del mundo. Mientras –y paradójicamente– no hablan con el que está chateando a su lado puesto que estos lugares suelen dividir en pequeños compartimentos mediante paredes o mamparas a cada internauta para que la interacción de cada uno con su ordenador no sea interrumpida.

El lema de la Asociación de Educación Belga reza como sigue: “*si la educación te parece cara, prueba con la ignorancia*”; aplicado a la psico-



terapia se puede decir: “*si la psicoterapia te parece cara, prueba con la neurosis*”. Y es que señoras y señores, la neurosis –y aún más la psicosis– se paga muy cara. Por mantener una imagen que no tenemos o lograr aquello sin lo cual parece que se nos va a ir la vida, algunos pagan precios exorbitantes que les ponen en *bancarrota psíquica*.

Más absurdo parece lo que dicen algunos acerca de la carestía de la psicoterapia cuando dedican sus recursos económicos a fumar, beber, consumir otras drogas, viajar placenteramente y adornar inútilmente sus coches con los últimos accesorios. Viven alienados en estas actividades, enloquecidos *como cabras*, pero creen –en un absurdo– que esa es su meta y que así disfrutan. ¡Craso error! Es una mentira, una falsedad que crea la ilusión de que se es dueño de sí cuando, en realidad, mandan los objetos sobre ellos. Todas estas actividades, por regla general, salen bastante más caras que la psicoterapia; en el tema del tabaco o el alcohol no sólo por lo que vale su consumo, sino por las consecuencias que a posteriori se desatan sobre la salud de los individuos.

Cierto es que es extremadamente caro pagar 60 ó 70 euros por sesión, como algunos hacen, teniendo que acudir a las sesiones de psicoterapia una o dos veces por semana, pero paradójicamente mucha de la gente que dice encontrarse tan mal, no es capaz de pagar menos de la mitad de esos euros cuando cuentan con los recursos. Todo son excusas para no acudir a un terapeuta experto. La cobardía es la realidad de sus acciones, así como su poco valor para confrontar su sufrimiento en compañía de quien puede proporcionarle la ayuda de la que se precisa.

Y es que ya avisaba el padre del psicoanálisis de lo sumamente hipócritas que podemos llegar a resultar los humanos a la hora de pagar por recibir una ayuda adecuada. Y es que, en esta época de negligencia ética, se lleva mucho lo de ser falso con la ambivalencia del querer, pero sin dar nada a cambio. Aunque pueda resultar *hosco*, no pocas veces me he preguntado si en realidad todo el mundo está capacitado para percibir ayuda terapéutica. Con el tiempo he observado que hay quien no puede con ella, es como si le quedara grande



y, por tanto, la rehúsa. Aunque tenga los medios a su alcance, prefiere malgastarlos en actividades más banales e insulsas.

Por supuesto, para la gran mayoría es mucho más cómodo estar todo el día quejándose y amargándose –y, de paso, amargando a los demás– sin hacer nada por solucionar los problemas. Es como el que dice que el trabajo está muy mal y que nada funciona y sigue viviendo de los padres cuando tiene edad para tener hijos prácticamente adolescentes. Por supuesto que, en estos casos, nunca querrán hacer una psicoterapia.

Con todo esto, la conclusión está clarísima. Aquella frase de “*los locos están fuera*” es del todo cierta, veraz y acertada. Como regla general, veo gente más trastornada y enajenada fuera de las consultas que en ellas. Pese a que hay mucho faltoso que se ríe y mofa de quien acude al psicoterapeuta, lo cierto es que quien va allí tiene una parte sana, adulta, ajustada –o como usted la quiera llamar– que lo encamina hacia la cura y al lugar donde se le puede atender de la mejor forma posible.

En las relaciones cotidianas se pueden ver grandes rasgos de psicopatología mental en muchas personas (odio, envidia, celos, afán de protagonismo) que ni siquiera atienden a sus necesidades de tratamiento psicológico, porque están muy ocupados con su insoportabilidad haciendo daño por doquier a quienes los sufren en el roce diario.

Otros se aprovechan de su supuesta ignorancia y de su pragmatismo, son los que dicen que *no comprenden*. Y la pregunta está bien clara. No comprenden o *no quieren comprender* el por qué funciona una psicoterapia de estas características. En los años que llevo dedicado a la docencia privada, observo cómo hay gente que, en realidad, no quieren comprender; prefieren negar y no es por falta de inteligencia, sino porque los contenidos desprendidos de la teoría psicoanalítica les implican demasiado, les movilizan y un gran entramado de defensas psicológicas se ponen a su servicio para desautorizar inmediatamente lo que se dice.



2. La importancia de la psicoterapia psicoanalítica

Cierto es que hay otros tipos de terapia psicológica. Sin embargo, la de orientación psicoanalítica es la que, en opinión de muchos, mejores resultados ofrece; no sólo por el método que a continuación esbozaré brevemente, sino por la propia formación de los terapeutas.

Un psicoterapeuta de esta orientación tiene que cumplir tres requisitos básicos de los cuales un psicólogo que se dedique a terapias cognitivas, sistémicas, conductuales... no suele cumplir, dado que el que profesa el psicoanálisis debe de ser psicólogo o médico, tiene que haber estudiado después un mínimo de 3 años en formación psicoanalítica y, por último y más importante, se debe de haber psicoanalizado con otro terapeuta más experto, factor, este último, que da un buen margen de confianza de que el terapeuta esté sano y no esté más desajustado que su paciente.

Si no se cumplen estos tres requisitos, quien ejerce, por mucho que diga que es de alguna escuela psicoanalítica, estará mintiendo y ofreciendo un falso testimonio a pacientes y colegas, lo cual hoy en día legalmente no supone mucho problema, porque mientras se tenga el título de psicólogo se puede ejercer como guste³³, pero sí se genera un problema ético dado que, como habrá observado, el psicoanálisis trabaja con elementos muy profundos de la personalidad que hay que manejar con extrema cautela.

En cuanto a la duración, nada tiene que ver con lo que Woody Allen hace; hay métodos del psicoanálisis que hacen que no sea necesario ir a terapia doce años durante tres a cinco veces a la semana. Estas adaptaciones en frecuencias de una o dos veces por la semana pueden durar entre dos años y medio a cuatro, y entre tres y cinco, si

33. Aunque con los últimos acontecimientos y según los datos que proporciona la revista *Infocop* (2003, nº 19) del Colegio Oficial de Psicólogos, la Junta de Gobierno de esta institución, comunica que a través de la ley 44/2003 de noviembre y del Real Decreto 1277/2003 del 10 de octubre, los psicólogos licenciados universitarios –ni siquiera los doctores– no tendrán derecho a ejercer la psicología clínica si no obtienen un título en esta especialidad, cuestión que dificultará tanto a terapeutas como a usuarios el acceso a la psicoterapia.



la psicoterapia se le hace a un futuro psicoanalista. Ha de entenderse, por lo tanto, como una inversión más en salud. Igual que la gente no suele poner pegase en ir al dentista o al médico privado de tal u otra cosa cuando algo le duele, puede ir del mismo modo al psicoterapeuta cuando le duele el alma, el sí mismo, que es lo más valioso que cada ser humano posee.

El proceso de una psicoterapia se distribuye en diferentes fases. Se trata no sólo de recuperar recuerdos, que estaban marginados en el inconsciente, sino de elaborar junto al terapeuta todas estas situaciones. A modo de metáfora puede decirse que es como un viaje por varias estaciones en las que hay que ir parando. Pero no solo una vez, sino varias, porque en cada una de ellas hay que analizar distintas circunstancias que en una sola parada no pueden observarse: hay que detenerse y observar con cautela todos los detalles habidos. Si no se observa todo cuidadosamente y se ven todas las consecuencias y asociaciones que tiene esa circunstancia habrá que seguir volviendo.

Así podemos decir que cada una de estas estaciones pueden ser por ejemplo, la relación de pareja, los sentimientos de inseguridad de la infancia en el colegio, las relaciones paternas, las fraternas, las motivaciones, los deseos de logro... pero para que una psicoterapia sea del todo correcta no basta con recordar lo pasado y traumático y elaborarlo (que no es poco), ya que, en último término, la persona ha de saber cómo quiere continuar su viaje, a qué nuevas estaciones quiere ir y, sobre todo y fundamentalmente, con qué actitudes, logros y expectativas.

Factores todos estos que deberían de nacer desde lo más propio de la persona, sin ataduras narcisísticas, sin afán de dominio sobre los demás, sin el ingrediente pulsional, es decir, desde un sistema de valores más propio de cada uno, lo que conviene Cencillo en denominar *ética autógena* (1974)³⁴.

Por eso, tenga usted la certeza de que la psicoterapia es un trabajo arduo y largo, pero muy seguro si lo que se pretende es el mayor

34. Precepto básico de la terapia creada por él y derivada de principios psicoanalíticos denominada *Psicoterapia dialytica*.



bienestar de la persona. Por lo tanto, si se quieren hacer las cosas en condiciones, la correcta elaboración de toda una vida de una persona, aunque esta sea joven, de múltiples factores que fueron, o son duros de llevar, que no se comprendieron, o no se comprenden, y que, en definitiva, manejan a la persona como un títere –que a la postre no tiene muchas herramientas para *comprender-se*, y situarse en la verdad de lo que le está pasando–necesita de un tiempo adecuado.

Otros planteamientos terapéuticos como las psicoterapias que proceden con diferentes focos de trabajo, las *Terapias focales*, son también interesantes a la hora de solucionar problemas, pero no tan profundas y resolutorias como una psicoterapia de diván.

Sin embargo, la focalidad puede ser muy interesante para el trabajo con determinados problemas de los que he hablado en este libro, como ciertos periodos de tristeza, de angustia, de consumo de drogas... El planteamiento de la PFDD (Psicoterapia focal dinámica y dialyctica), que en un principio se realizó para atender a docentes desajustados (Guerra Cid, 2002) es también un sistema psicoterapéutico que funciona para desajustes de personalidad de personas no necesariamente docentes.

Estos planteamientos focales son más directivos que la psicoterapia psicoanalítica en el sentido de que se hacen cara a cara –no en el diván–, y en que el terapeuta permanece menos a la escucha haciendo intervenciones de un modo frecuente. Por ello, se trata de planteamientos en los que se dirige más al paciente hacia los focos de importancia que quiere tratar.

Entonces se puede plantear la pregunta: ¿por qué no se hace siempre terapia focal trabajando sólo en lo que nos preocupa? El motivo es porque los pacientes que están indicados para la terapia focal tienen que partir ya de determinados factores de personalidad muy ajustados, siendo personas por tanto que están ya medianamente sanas, fundamentalmente porque en sus vidas han tenido relaciones que les han estructurado, factor que –por sí sólo– otorga la posibilidad de que haya un buen pronóstico.



Las personas que pueden ir orientadas hacia la psicoterapia focal, deben tener una buena capacidad para comprender desde los primeros momentos de las sesiones los significados de sus comportamientos, deseos y actitudes. Esto, a su vez, implica que han de ser personas con pocos o escasos bloqueos cognitivos, es decir, que sus problemas no son tan sumamente tremendos como para necesitar una terapia de larga duración, que es lo que necesitan los que tienen psicopatologías más graves; el ejemplo prototípico es la tristeza extrema que, si usted quiere, la podemos llamar depresión. En ella vemos cómo la persona está rumiando de modo constante e interno el porqué de sus fracasos o sintiendo dentro de sí una ansiedad dominante que eclipsa la mayor parte de los estímulos externos, perdiendo muchas veces la perspectiva objetiva de lo bueno –aunque por regla general escaso y pasajero– que a veces la realidad ofrece.

Este menor bloqueo ofrece, por supuesto, la posibilidad de que las personas que están indicadas para un terapia focal tengan una mayor percepción de cuáles son sus problemas, algo que en la mayor parte de los casos que tratamos los profesionales es difícil de distinguir, porque las personas que acuden se aquejan, generalmente, de un malestar difuso, difícilmente especificable, a lo sumo “preocupa el trabajo, los estudios o alguna relación” con diferentes grados de malestar; o hay síntomas, en principio extraños y sin explicación: comer o restringir compulsivamente la alimentación, ansiedad general y difusa (a la persona le agobian los sitios concurridos, la soledad, las relaciones, el trabajo, los estudios, siendo más común de lo que parece que todo ello en conjunto termine por ser agobiante y persecutorio para ellos).

También puede haber una explicación muy detallada de síntomas, pero sin tener ni la más remota idea de sus orígenes ni de su mantenimiento en el tiempo. Factor éste que, a su vez, se transforma en algo realmente preocupante para la persona que cree estar volviéndose loca. Se puede decir que estos cuadros de ansiedad difusa son más comunes de lo que parece en las mujeres jóvenes que, a menudo, se sienten presionadas por multitud de factores.

Por todo ello, estas terapias focales tienen una indicación muy específica, como pueden comprobar, y dejar que determinadas perso-



nas accedan a ellas puede desembocar en un estancamiento del tratamiento y un fracaso más que cantado.

Aunque no siempre tendría que ser así, puesto que a través de la interpretación de ciertas cuestiones que afectan al paciente, como pueden ser sus síntomas, se pueden encontrar caminos de acceso a su inconsciente que proporcionan un conocimiento objetivo de la situación.

En las psicoterapias psicoanalíticas de duración más prolongada se obtienen mejores resultados. Esto se ve en una prueba fáctica clara que consiste en que las personas muestran mayores logros en distintos niveles, conforme van dilucidando muchas de las causas de sus problemas, así como de las motivaciones de sus conductas.

Heinz Hartmann fue un psicólogo que creó una escuela también derivada del psicoanálisis: la *Psicología del YO, egopsicología o ego-psychology*, fundamentalmente a partir de la exposición en 1939, del trabajo del mencionado autor: *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Su teoría principal es que el *yo* **no** es una instancia proveniente y dependiente del *ello* (H. Hartmann, E. Kris y R. Loewenstein, 1946), sino que es una estructura que se organiza autónomamente y que es innata e independiente de los sistemas de pulsiones descritos por Freud.

El *yo*, además, va a tener una porción totalmente sana, un “área libre de conflictos” innata en el ser humano, que vendría a ser toda esa amalgama de funciones autónomas, de procesos independientes que permanecen ajenos a las múltiples cuestiones conflictivas que en la persona puedan darse; por ejemplo, manías, angustia, tendencias autodestructivas.

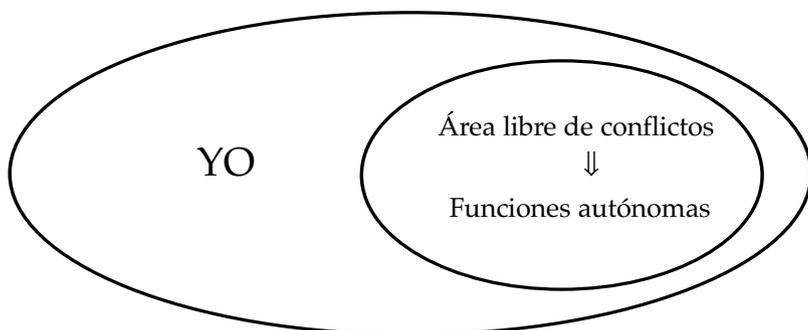
Por supuesto el *tamaño* o la *porción* de esta área libre de conflictos no es siempre la misma, puesto que habrá diferencias dependiendo de los desajustes psicológicos que cada persona tenga y también, en una misma persona, dependiendo de su estado actual psicológico. Es diferente la calidad y el tamaño del área libre de conflictos de una persona aquejada de pequeñas fobias, de otra que sufre una severa psicosis en la que preponderan las alucinaciones y delirios.



Las funciones (autónomas) del YO que son innatas y que se hallan en el área libre de conflictos son:

- Capacidad de asociación.
- Capacidad de síntesis.
- Memoria.
- Percepción.
- Motricidad y desarrollo motriz.
- Inteligencia.
- Lenguaje.
- Productividad.

Figura 4: El Yo y el área libre de conflictos



Tomemos como ejemplo la función de la percepción que se entiende como innata y que en un principio está en dicha área. Usted sale de casa y percibe olores de la calle, oye sonidos, ve coches etc., pero si un proceso de esquizofrenia estuviera desajustándole, su área libre de conflictos sería más pequeña y las funciones que aquí se encuentran englobadas, también. Así, esa percepción normal que usted tendría, ya no sería de calidad suficiente como para funcionar correctamente, y tendría alucinaciones, por ejemplo: el ruido del motor del coche no es tal, sino que es una conversación que oye desde dentro del motor; el coche ya no es tal sino un elemento que ha tomado vida y le persigue por la ciudad.



Este es un ejemplo extremo, pero cotidianamente, y aquí es donde quiero llegar a parar con esta exposición, los conflictos y las patologías pueden llevar el timón del área libre de conflictos, produciéndose en ésta la expresión de determinadas condiciones conflictivas. En esta dirección, y sin recurrir de nuevo al manido ejemplo de la psicosis, se puede observar en la práctica clínica cómo en el sostén terapéutico y, más aún, en la resolución psicoterapéutica de los procesos neuróticos, hay un mayor rendimiento en tareas de estudio o de trabajo en los que claramente están influyendo aquellos aspectos de los que Hartmann hablaba: memoria, percepción...

Por tanto, la persona memoriza mejor; percibe mejor lo que ha de estudiar y las relaciones entre las materias. Es como si le hubiera *subido* la inteligencia. Doy fe de que muchos estudiantes que se hallan en psicoterapia mejoran paulatinamente sus resultados académicos, a la vez que mejoran en las facetas sociales y familiares.

Es decir, que las psicoterapias cuando van bien no solamente sirven para eliminar síntomas que son insoportables, sino también para liberar espacio en el *yo* y poseer un área libre de conflictos de mayor calidad y tamaño.

Por supuesto que los sujetos que se han psicoanalizado con éxito, dicen tener un mayor conocimiento de sí mismos, lo cual a su vez les proporciona saber lo que es suyo y lo que es de los demás, esto es, tragarse menos proyecciones ajenas que los acusan o los dirigen hacia lo que en realidad no son, siendo dicha circunstancia un gran problema en el sufrimiento psíquico que consiste en tragarnos la mentira que los demás han construido, a menudo, sobre nosotros y que, desgraciadamente, nos creemos en ocasiones.

También es característico tener una mayor autonomía, por lo cual como ejemplo, puede verse como hay quien deja a su pareja, después de años de maltrato físico y/o psicológico, teniendo una identidad sana y con una autoestima coherente, que al menos le lleva a quererse de un modo no egoísta sino adaptativo, que le permita no tener que sufrir necesariamente los desmanes de los demás, así como su agresividad, odio y envidia gratuitamente.



Si usted quiere recuperarse de las *virtudes* humanas que en esta obra se han expuesto –bien porque las padece o porque tiene unas cuantas y no está muy conforme con ellas–, reflexione sobre todos estos aspectos que se han dilucidado y discutido, y busque después la solución que crea más conveniente, pero teniendo en cuenta las directrices que modestamente le he transmitido.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

ALEXITIMIA. Término introducido por Peter Sifneos y Nemiah (1969) que viene a explicar una dificultad para expresar los sentimientos, afectos y emociones con palabras. Se trata, por ello, de un bloqueo emocional a la hora de pasar al campo de la expresión lo que se siente. Etimológicamente *alexo* (rechazar) y *thymós* (sentimientos).

ANTROPOLOGÍA. Ciencia que trata del hombre de modo holístico y en diferentes aspectos, haciendo una integración de datos de lo acaecido en toda la extensión del fenómeno humano. La Antropología registra varias vertientes de interés entre las que destacan, la Antropología biológica, psicológica, cultural-social, psicoanalítica, filosófica y aplicada.

ARRANGEMENT. Concepto acuñado por Alfred Adler para explicar cómo el neurótico arregla con sus síntomas situaciones que evidencian su inferioridad real o percibida. Así, puede sentir la ficción de que su plan de vida se ha realizado.

BURNOUT (SÍNDROME DE). Término introducido por Freudenberger (1977), en cuanto a que es el primero en aislar un síndrome de estrés laboral, asistencial y crónico. Aunque no es equiparable del todo al estrés, es un tipo de éste más mantenido a lo largo del tiem-



po y característico sobre todo de quién pasa largos lapsos de tiempo en contacto con personas. El cuadro del burnout provoca sentimientos de tristeza y la continua sensación de estar quemado y exhausto emocionalmente ante los recursos energéticos (en los planos psicológico y físico) que se le demandan a la persona.

COMPULSIÓN A LA REPETICIÓN. Término introducido por Freud (1920) que indica una circunstancia por la cual el sujeto repite situaciones desagradables del pasado, por estar ligada la pulsión* a ellas. El ejemplo prototípico lo constituyen las relaciones de pareja o de amistad, en las cuales la persona conecta con situaciones muy semejantes en las que se encuentra después desfavorecida.

DESFONDAMIENTO RADICAL. Término acuñado por Luis Cencillo (1973) que designa aquella circunstancia por la cual el ser humano viene al mundo desprovisto de una base biológicamente dada para afrontar aspectos de suma importancia en su proceso vital y, por tanto, en las distintas vicisitudes de ésta. Esto derivaría en no poseer una capacidad innata para: “optar, conocer, valorar, producir, alimentarse...” (Cencillo, 2001a).

ELLO. Concepto del psicoanálisis propuesto por G. Groddeck y retomado por Freud (1923) que hace mención de aquella instancia psíquica dominada por el principio del placer y que es totalmente inconsciente.

ETIOLOGÍA. Aplicado a la Psicología Dinámica, se refiere a los factores que son causantes de una determinada psicopatología o de algún tipo de síntoma complejo. Es, en definitiva, un estudio de los elementos de la historia del paciente a través de los cuales conocemos los orígenes de los factores de desajuste.

FILOGENIA. Desde la Antropología, es decir, desde su aplicación al hombre, son los factores que intervienen en los procesos evolutivos del hombre a lo largo de generaciones. Es opuesto al término *ontogenia* en cuanto a que éste se refiere al estudio más centrado en la historia del individuo.

IDEAL DEL YO. Término no equivalente –en opinión de algunos– al de *Yo ideal**, que tiene que ver con la estructura superyoica, por lo



cual el ideal del *yo* está encaminado a satisfacer las necesidades de la autoridad, quien juzga y censura los procesos del *yo*. Es, por tanto, un ideal de identificación con las figuras de autoridad.

MECANISMOS DE DEFENSA. Dispositivo psicológico que todo ser humano tiene y que está orientado a proteger a los individuos contra las tensiones que determinados pensamientos o acciones pueden provocar.

MOBBING. Expresión que hace referencia a un tipo concreto de acoso moral que se da en el trabajo. Este fenómeno consiste básicamente en el acoso, maltrato psicológico y aislamiento de un individuo o individuos, por un colectivo mayor de compañeros (mobbing horizontal), jefes (mobbing vertical), compañeros y jefes (mobbing mixto) o de los empleados a un jefe (mobbing descendente). El fin suele ser el desgaste emocional de la víctima hasta que se consigue su exclusión.

NEUROSIS. Amplio cuadro de desajustes psicológicos entre los que están las fobias, ansiedades, depresiones (no psicóticas), obsesiones, histerias... Los neuróticos son más o menos siempre conscientes de sus problemáticas, lo cual es diferente a que quieran asumirlas y proceder a un verdadero proceso de cambio. En un continuo, se podría decir que todos somos neuróticos, unos estarán más adaptados y otros, menos, por lo que precisan de ayuda. Se puede señalar como una de las características fundamentales de la neurosis la carencia de una identidad sólida, en el sentido de que la persona cree que es alguien, en función de elementos externos a él mismo, por ejemplo, el tener tal o cuales propiedades.

OBJETO. En las teorías de M. Klein y sus seguidores, hace referencia a las personas y a los afectos que éstas despiertan, pero ésta acepción de objeto no ha de entenderse como algo peyorativo. Los objetos pueden ser parciales como, por ejemplo, el *pecho bueno* o totales como la *madre mala*.

POLITOXICOMANÍA. Circunstancia que se produce en el drogadicto cuando consume varias drogas que de modo simultáneo le producen dependencia.



PSICOANÁLISIS. Disciplina científica, teórica y práctica creada por el austriaco Sigmund Freud para el análisis psicológico de pacientes con neurosis* de diversa índole. Este método, a su vez, ha inspirado la creación de diversas escuelas derivadas de los métodos freudianos (Escuela de las relaciones objetales, la Psicología del self, la Psicodiálisis*...). Su base fundamental reside en el estudio de la vida inconsciente y en la importancia de las experiencias afectivas tempranas dadas en la infancia.

PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA. Reciente rama de la Psicología que se fundamenta en el estudio de los factores psicológicos que intervienen en la etiología, mantenimiento y recuperación en los procesos de cáncer.

PSICOPATOLOGÍA. Estudio de los distintos desajustes mentales en el ser humano. Etimológicamente, las psicopatologías son los distintos tipos de padecimiento psicológico.

PSICOSIS. Grupo de desajustes psicológicos muy severos como la esquizofrenia o las depresiones psicóticas, entre otros, en los que se dan delirios y/o alucinaciones y en los que el individuo que los padece apenas se da cuenta de su problema, pareciendo vivir en una realidad aparte.

PSICOSOMÁTICO. Proceso patológico, descrito por primera vez por Heinroth (1818), en el que la faceta psicológica interviene en la física, bien sea en el comienzo de la enfermedad o en el mantenimiento y pronóstico de ésta. Las perspectivas de estudio de la psicósomática defienden de manera constante la unidad entre el soma (cuerpo) y la psique (alma).

PSICOTERAPIA DIALYTICA (Psicodiálisis). Método creado por el español Luis Cencillo a comienzos de la década de los 70 para completar los vacíos del psicoanálisis* ortodoxo. Desde una base antropológica, trata de superar los enfoques más estáticos de la técnica psicoanalítica. *Dialytica* proviene del término original *diálisis*, a la que se le une el vocablo *hologénica*, que significa *disolución de múltiples factores del desajuste emocional a través de técnicas específicas y comprensivas*, además de los datos que nos otorga la comu-



nicación del proceso terapéutico, *generada por la totalidad* de factores disponibles y registros verificables dados en el proceso.

PULSIÓN. Hace referencia a los distintos impulsos que los seres humanos pueden tener: de posesión, agresivos, sexuales, de auto-destrucción... Los mecanismos de defensa tienen entre otras funciones la de enmascarar estas pulsiones, haciéndolo de múltiples maneras: negándolas, transformándolas en lo contrario, reprimiéndolas...

SÍNDROME DE ABSTINENCIA. Es el conjunto de síntomas que observamos en el drogodependiente, cuando disminuye las dosis o deja de consumir totalmente la sustancia que le produce dependencia, sea física y/o psicológica.

SOMATOPSÍQUICO. Término propuesto por Heinroth (1828) que hace referencia a un proceso inverso al fenómeno psicossomático*, puesto que aquí el problema físico es el que influye sobre el estado anímico de la psique. Por ejemplo, una enfermedad sobre el ánimo del paciente.

SUPERYÓ. Elemento que se refiere a una instancia psíquica cuya función principal es el sostener el principio del deber. Por tanto, el *superyo* es una *conciencia moral* que juzga, critica, reprocha y prohíbe determinadas cuestiones en los comportamientos y pensamientos de la persona. En la teoría ortodoxa del psicoanálisis, se teoriza que su origen se halla en la constitución del complejo de Edipo; en la de las relaciones objetales se habla de un *superyo precoz*, anterior al descrito por Freud.

TRANSFERENCIA. Concepto fundamental en la psicoterapia psicoanalítica fundamentado por Freud (1895). Es un fenómeno que se da en la terapia. Serían todos los afectos positivos y negativos, fantasías, temores... manifestados consciente e inconscientemente en el paciente respecto de su terapeuta. La otra cara de este proceso es la *contratransferencia* o aquellos sentimientos que el terapeuta tiene respecto de su paciente.

YO. Instancia psíquica propuesta por Freud en su segunda tópica que tiene una doble cualidad (consciente e inconsciente), cuya principal



función es mediar entre los impulsos del *ello** dominados por el principio del placer y el *superyo** representante del principio del deber. El *yo* también contiene un sistema defensivo (mecanismos de defensa*) para proteger a la persona.

YO IDEAL. Concepto que determina cómo desde la infancia se tiende a crear una imagen ideal omnipotente de lo que se quisiera ser, a partir de las experiencias tempranas. El *yo ideal* anhelado y fantaseado choca continuamente con el *yo* real.



BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. (1919). "Una forma particular de resistencia neurótica al método psicoanalítico", en *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Paidós, 1959.
- (1924). "Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales", en *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Paidós, 1959.
- (1959). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Paidós.
- ADLER, A. (1907). *Estudio sobre la inferioridad de los órganos*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- (1912). *El carácter neurótico*. Madrid, Planeta-Agostini, 1993.
- (1918). *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires, Paidós, 1958.
- (1927). *Conocimiento del hombre*. Madrid, Cátedra, 1957.
- (1930). *El sentido de la vida*. Madrid, Ahimsa editorial, 2000.
- ANDERSON, K. J. (1990). "Arousal and the inverted-u hypothesis: A critique of Neiss's «Reconceptualizing arousal»", en *Psychological Bulletin*, 107, pp. 96-100.
- BASABE, J. F. (1979). *Principios de psicología dinámica*. Bilbao, Desclee De Brouwer.



- BECK, D. y KIELHOLZ, P. (1964). "Diagnostik und therapie des erschopfung depressiven zustandsbildes", en *Wien med wochenschr.* 110, 714.
- BERMUDEZ, J. (1996). "Afrontamiento: aspectos generales", en Fierro, A. (Comp). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona, Paidós, pp. 177-209
- BUENDÍA, J. RAMOS, F. (2001). "Síndrome de burnout: concepto, evolución y tratamiento", en Buendía, J. Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid, Pirámide.
- CAPEL, S (1989). "Stress and burnout in secondary school teachers: some causal factors", en *Teaching and stress*, pp. 36-48.
- CASTILLA DEL PINO, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona, Tusquets.
- CENCILLO, L. (1971). *El inconsciente*. Madrid, Marova.
- (1973). *Método y base humana*. Madrid, Guadiana de publicaciones.
- (1974). *Libido, terapia y ética*. Estella, Verbo divino.
- (1978). *El hombre: noción científica*. Madrid, Pirámide neurociencia.
- (1988). *La práctica de la psicoterapia (de orientación dialytica)*. Madrid, Marova.
- (1992). *Guía de perdedores*. Madrid, Ediciones Fundación.
- (2000). *Cómo no hacer el tonto por la vida*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- (2001a). *Lo que Freud no llegó a ver, una terapia eficaz*. Madrid, Syntagma ediciones.
- (2001b). *Los sueños y sus verdades*. 2ª ed. Madrid, Syntagma ediciones
- (2001c). *Tiempo ganado, tiempo perdido*. Madrid, Syntagma ediciones.
- (2002a). *Cómo Platón se vuelve terapeuta*. 2ª ed. Madrid, Syntagma ediciones.
- (2002b). *Guía de perdedores, perdidizos y perdidos*. Madrid, Syntagma ediciones.
- CORMAN, L. (1974). *Psicopatología de la rivalidad fraterna*. Barcelona, Herder.



- DE BOOR, C. y KÜNZEL, E. (1963). *Die psychosomatische klinik und ihre patienten*. Stuttgart, Huber/Klert.
- DE CASARINO E. y DE LEONETTI, M. (1993). "Factores psicológicos tempranos en la estructuración de la personalidad adicta", en Musachio de Zan, A. *Drogadicción*, Buenos Aires, Paidós, pp. 75-105.
- DE SANTIAGO, F. J., FERNÁNDEZ GUERRERO, M. J. y GUERRA CID, L. R. (1999). *Psicodiagnóstico proyectivo a través de las técnicas proyectivas*. Salamanca, Amarú ediciones.
- DONAT, J. (1949). *Adler y su psicología individual*. Madrid, Editorial Razón y fe.
- EIA ASEN, K. y TOMSON, P. (1997). *Intervención familiar*. Barcelona, Paidós.
- FERENCZI, S. (1909). *Transferencia e introyección*. O.C., I. Madrid, Espasa-Calpe, 1981.
- (1913). *El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios*. O.C., II. Madrid, Espasa-Calpe, 1981.
- (1919). *Fenómenos de materialización histérica*. O.C., III. Madrid, Espasa-Calpe, 1981.
- FERNÁNDEZ GUERRERO, M. J. (1999) "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito)", en Villamarzo, P. et al. *Actualidad de Sigmund Freud*. Madrid, Ediciones Académicas.
- FREUD, A. (1936). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós, 1993.
- FREUD, S. (1895). *Estudios sobre la histeria*. O.C., I. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1905b). *Tres ensayos para una teoría sexual*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1908a). *El carácter y el erotismo anal*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1908b). *Teorías sexuales infantiles*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1911). *Los dos principios del funcionamiento mental*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.



- (1913a). *La predisposición a la neurosis obsesiva*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1913b). *Tótem y Tabú*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1914). *Introducción al narcisismo*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1917). *Adición metapsicológica a la teoría de los sueños*. O.C., II. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1920). *Más allá del principio del placer*. O.C., III. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1923a). *El yo y el ello*. O.C., III. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1923b). *La organización genital infantil*. O.C., III. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- (1924). *El problema económico del masoquismo*. O.C., III. Madrid, Biblioteca nueva, 1981.
- FREUDENBERGER, J. J. (1974). Saff burn-out. *Journal of social issues*, 30, pp. 159-166.
- (1977). Burnout: occupational hazard of the child care worker. *Child care quarterly*. Vol VI, pp. 90-98.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R. H. (1959). *Type A behavior and your heart*. New York, Knopf.
- GALLO, P. (1998). *La regresión. Aproximación teórica, clínica y técnica*. Salamanca, Amarú ediciones.
- GARCÍA DE CASTRO, M. (1985). "El sentido del síntoma en la antropología médica de Von Weizsaecker", en López, J.M. et al. *Resúmenes de patología psicosomática*. Granada, CEP, pp. 33-39.
- GARMA, A. (1954). *Génesis psicosomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales*. Buenos Aires, Nova.
- (1969). *Psicoanálisis de los ulcerosos*. Buenos Aires, Paidós.
- GINER ABATI, F. (1982). *El control de la agresividad humana*. Tesis doctoral no publicada. Salamanca, Universidad de Salamanca.
- GINER UBAGO et al. (1983). "Aspectos médico-psicológicos en pacientes oncológicos", *Psiquis*, Vol. VI, pp. 261-268.
- GIRALDEZ, J. y SÁNCHEZ, T. (2002). Introducción a la psicosomática psicoanalítica. En *Temas de psicología IX. Homenaje a la profesora*



- María Victoria González Quintana (pp. 157-186). Salamanca, Publicaciones de la UPSA.
- GRINBERG, L. (1976). *Teoría de la identificación*. Buenos Aires, Paidós.
- GUERRA CID, L. R. (2001). *Transferir, contratransferir, regresar. Una perspectiva histórica y crítica de la psicoterapia psicoanalítica*. Salamanca, Amarú ediciones.
- (2002). *Malestar docente y afrontamiento focal*. Tesis doctoral no publicada. Salamanca, Universidad de Salamanca.
- HARTMANN, H. (1939). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Buenos Aires, Paidós, 1987.
- HAYNAL, A. y PASINI, W. (1980). *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona, Toray-masson.
- HERCE, J. M. (2001). *Paradojas taoístas y salud psíquica*. V Jornadas Antropológicas sobre Asia. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- (2002). *La sabiduría taoísta de Lao-Tse*. VI Jornadas Antropológicas sobre Asia-Oceanía, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- HIRIGOYEN, M. F. (1998). *El acoso moral, el maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona, Paidós, 1999.
- (2000). *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona, Paidós, 2001.
- ISAACS, J. (1948). "The nature and function on Phantasy", en *International Journal of Psycho-Analysis*, Londres, Hogarth press.
- IWANICKI, E. F. (1983). "Toward understanding and alleviating teacher burnout", *Theory into practice*, 22, 1, pp. 27-32.
- KERNBERG, O. (1991). "Transferencias psicopática, paranoide y depresiva", *Revista de psicoanálisis*. VOL XLVIII, n° 5/6, pp. 901-925.
- KLEIN, M. (1937). *Amor, culpa y reparación*. O.C., I. Barcelona, Paidós, 1988.
- (1946). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. O.C., III. Barcelona, Paidós, 1988.
- (1957). *Envidia y gratitud*. O.C., III. Barcelona, Paidós, 1988.
- KLIN, P. (1992). "La evaluación en psicología dinámica", en Ávila Espada, A. y Rodríguez, C. *Psicodiagnóstico clínico*. Madrid, Eudema.
- KOHUT, H. (1977). *La restauración del sí-mismo*. Barcelona, Paidós, 1980.



- (1984). *¿Cómo cura el psicoanálisis?* Buenos Aires, Paidós, 1993.
- KRITZ, J. (1985). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS J. B. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca.
- LEYMAN, H. (1996). *Mobbing*. Paris, Seuil.
- LÓPEZ, M. E. (1999). *Estilos de afrontamiento y esclerosis múltiple*, Tesis doctoral no publicada. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- LÓPEZ, J. M. (1985). "La identidad clínica psicósomática", en LÓPEZ, J. M. et al, *Resúmenes de patología psicósomática*. Granada, CEP, pp. 69-76.
- MARTY, R. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris, Payot.
- MASLACH, C. (1976). "Burned-out", en *Human behaviour*. Vol 5, septiembre, pp. 16-22.
- MEDIAVILLA, G. (2003). *¿Por qué la han tomado conmigo?* Barcelona, Grijalbo.
- METZLER, D. (1968). *The psycho-analytical process*. Perthshire, Clunie press.
- METZLER, D. et al (1975). *Exploración del autismo*. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- MINISTERIO DEL INTERIOR (2001). *Drogas: más información menos riesgos*. Madrid, Plan nacional sobre drogas.
- MINISTERIO DEL INTERIOR (2002). *Drogas de síntesis, consecuencias para la salud*. Madrid, Plan nacional sobre drogas.
- MIRÓ, J. (2003). *Dolor crónico, procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- OEDT. (2001). Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea.
- ORTIZ, V. M. y GUERRA CID, L. R. (2002). *Antropología, personalidad y tratamiento*. Salamanca, Amarú ediciones.



- PENNY, J. A. (1982). "Burnout", en *The science teacher*, Vol. 49, núm. 7, pp. 46-49.
- PÖLDINGER, W. (1997). "Depresiones larvadas, depresiones por agotamiento y síndrome de burn-out", en Luban-Plozza et al. *El enfermo psicossomático en la práctica*. Herder, Barcelona, pp. 298-304.
- RACAMIER, P.C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris, Les éditions du collège.
- RANK, O. (1924). *El trauma del nacimiento*. Buenos Aires, Paidós, 1991.
- REIK, T. (1946). *El amor visto por un psicólogo*. Buenos Aires, Hormé, 1967.
- SEGAL, H. (1964). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona, Paidós, 1993.
- SELYE, H. (1936). "A syndrome produced by diverse nocuous agents", *Nature*, vol. 138, 22.
- (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, Lippincott.
- TROCH, A. (1982). *El stress y la personalidad*. Barcelona, Herder.
- VILLAMARZO, P. (1983). *Bibliografía sistemática de escritos freudianos*. Madrid, ISEF "Oskar Pfister".
- (1991). *Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica: temas clínicos*. Vol III. Madrid, Marova.



1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). PRÓLOGO DE JOSÉ LUIS PINILLOS. (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (26ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (6ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. PRÓLOGO DE M. MARROQUIN. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. PRÓLOGO DE J. MARTÍN VELASCO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (10ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. PRÓLOGO DE ANA MARIA SCHLÜTER RODÉS. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*.
GERALD MAY. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*.
RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE JUAN MANUEL G. LLAGOSTERA.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*.
ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. PRÓLOGO DE LUIS ROJAS MARCOS. (2ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*.
MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN. PRÓLOGO DE JOAQUÍN Mª. GARCÍA DE DIOS.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*.
VERENA KAST. PRÓLOGO DE GABRIELA WASSERZIEHR.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. PRÓLOGO DE CELEDONIO CASTANEDO. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA. PRÓLOGO DE LUIS LLAVONA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRAZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*.
JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Dístrate por la felicidad que alcanzas*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
PRÓLOGO DE JOSÉ KLINGBEIL.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*.
CHARLES L. WHITFIELD. PRÓLOGO DE JOHN AMODEO.

44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
PRÓLOGO DE LUIS LÓPEZ-YARTO.
48. *Palabras para una vida con sentido*. M^a. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevamos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*.
LUIS CENCILLO. PRÓLOGO DE ANTONIO BLANCH. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG.
PRÓLOGO DE CARMEN MATEU. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ. PRÓLOGO DE
VICENTE E. CABALLO.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva*. JUAN
ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BAR-
BERÁ Y COLS. PRÓLOGO DE JOSÉ A. GARCÍA-MONGE.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares*.
GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO Y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición*. JOHN AMODEO. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY.
60. *El amor. Una visión somática*. STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE J. GUILLÉN DE ENRÍQUEZ.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*.
KEVIN FLANAGAN. PRÓLOGO DE EUGENE GENDLIN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal*.
IOSU CABODEVILLA ERASO. PRÓLOGO DE RAMÓN MARTÍN RODRIGO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER Y ESTELA ORTEGA. (4ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo*. JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente*. JUAN MASIÁ.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso*. PEDRO MORENO. PRÓLOGO
DE DAVID H. BARLOW, PH.D. (6ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud*. KATHLEEN R. FISCHER Y
THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir*. ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronidad
mediante los cuentos*. JEAN-PASCAL DEBAILLEUL Y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación*. PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser*.
JEAN SARKISSOFF. PRÓLOGO DE SERGE PEYROT.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la
longevidad de la pareja. Casos y reflexiones*. PATRICE CUDICIO Y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. MARGA NIETO
CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros*. JESÚS DE
LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos*. CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla*. MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría*. CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicolo-
gía*. RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo*. RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica*.
DAVE MEARNS Y BRIAN THORNE. PRÓLOGO DE MANUEL MARROQUÍN PÉREZ.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance
psicoterapéutico*. FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J.
ÁLVAREZ

84. *No seas tu peor enemigo... ¡...! Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA. PRÓLOGOS DE MALEN CIREROL Y LINDA JENT
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENGOIA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* BARTOMEU BARCELÓ. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ. PRÓLOGO DE GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN. PRÓLOGO DE RAMIRO J. ÁLVAREZ.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUIS PIO ABREU. PRÓLOGO DE ERNESTO FONSECA-FÁBREGAS.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS. PRÓLOGO DE JOSÉ MARÍA MARDONES.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO. PRÓLOGO DE OLGA CASTANYER.
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY
97. *Tratado de la insostenibilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT.
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. PRÓLOGO DE DAVID H. BARLOW PH.D. (4ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (7ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancho. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ. PRÓLOGO DE ADRIANA SCHNAKE.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. PRÓLOGO DE JOSÉ ANTONIO JAUREGUI.
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejercer un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* AGUSTÍN CÓZAR.
116. *Creer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (2ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, PH. D.

118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALAJAISON. PRÓLOGO DE OLGA CASTANYER.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. PRÓLOGO DE JOSÉ LUIS MARÍN.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* STANLEY KELEMAN. (6ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
PRÓLOGO DE JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (11ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. PRÓLOGO DE LUIS PELAYO. EPÍLOGO DE ANTONIO NÚÑEZ.
7. *Creer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.*
CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (10ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.*
CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.*
CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (4ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN.
PRÓLOGO DE CARLOS R. CABARRÚS.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDIGORAS (ED.). (2ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK. PRÓLOGO DE ALEJANDRO ROCAMORA.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método.* GEORGE DE LEON. PRESENTACIÓN DE ALBERT SABATÉS.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.*
HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE. PRÓLOGO DE ALBERT ELLIS.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA. PRÓLOGO DE LUIS LÓPEZ-YARTO.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA. PRÓLOGO DE CONRAD VILANOU.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA DE JESÚS DAMIÁN FERNÁNDEZ SOLÍS
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN. PRÓLOGO DE CARMELA RUIS DE LA ROSA (2ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar.* NICK OWEN

